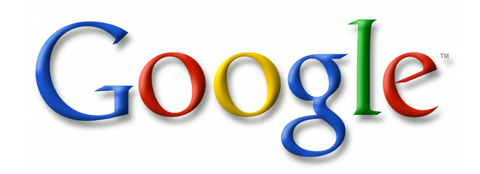




JOURNAL DE MEDECINE

DE PARIS

JOURNAL DE MÉDECINE
DE PARIS

(REVUE GÉNÉRALE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANCAISE ET ÉTRANGÈRE)

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE MM.

T. GALLARD, H. BERGERON & A. LE BLOND

LUTAUD, Rédacteur en chef

PUBLIÉ AVEC LA COLLABORATION DE MM.

BARETTE, BARTHÉLEMY, BOURSIER, MARC BOYMOND, BROCQ, CELLARD, CHENET, CORDES,
CYR (JULES), DEFFAUX, DEHENNE, DELTHIL, FISSIAUX, GILLET DE GRANDMOND, GILSON, GUERDER,
PAUL HÉLOT, WALTER HOGG, LEGRAND (MAXIMIN), LE PILEUR, MAISON, MARCHAL,
MARTIN (STANISLAS), MARTINET, OGER, OLIVIER, H. PICARD, PIOGEY (ÉMILE),
REY, G. ROCHER, A. RIZAT, TISSIER (LÉON), PAUL RODET, THOINOT, VIELLARD,
VERMEIL, G. YVON.

VOLUME VIII. — JANVIER A JUILLET 1885.

BUREAU DES PUBLICATIONS DU JOURNAL DE MEDECINE DE PARIS.
25 BOULEVARD HAUSSMANN.

1885.

5e ANNÉE. — T. VIII. N° 1. JANVIER 1885.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE : RAPPORTS DES PRIX ; ÉLECTIONS ; COMMUNICATION DE M. DELENS.

L'Académie hâte les préparatifs de sa distribution annuelle des prix, qui, avec beaucoup d'à propos, va se trouver très probablement dans le voisinage du premier janvier. A chaque séance maintenant se succèdent les rapports des prix qui, avec les élections en souffrance et les comités secrets suffisent presque à remplir les ordres du jour. C'est ainsi que la dernière

FEUILLETON

LA MÉDECINE ANECDOTIQUE.

Mon cher Minime,

Vous avez bien négligé notre feuilleton humoristique pendant ces derniers mois. Sans doute votre muse avait été affectée par les tristesses du choléra. En attendant que vous ayez retrouvé votre verve poétique, je vous adresse quelques fantaisies prosaïques que vos lecteurs reliront avec plaisir, s'ils les connaissent déjà.

Je vous donne d'abord le Voyage anatomique de notre confrère I. P. K. dont la première description a paru dans la *Loi Médicale*.

VOYAGE ANATOMIQUE

Le *globe* lumineux, revenant de l'autre *hémisphère*, commençait à parcourir son *orbite*, et nous quittions à peine nos *couches optiques*,

séance a été occupée tout entière par l'élection de M. Parise (de Lille) comme associé national, et celle de M. Deroubaix (de Bruxelles) comme membre correspondant étranger; par la lecture du rapport de M. Charcot sur le prix Civrieux et celui de M. Blot sur les vaccinations. Ce dernier rapport a été l'objet d'une courte discussion de la part de MM. Bouley et J. Guérin. Enfin quelques minutes ont été accordées à M. Delens, chirurgien des hôpitaux, pour donner lecture d'une note sur le traitement des hydarthroses par les injections antiseptiques.

Signalons, à cause de son originalité, la présentation par M. Bouley du dernier ouvrage du professeur G. Sée, *présent à la séance*, sur les maladies du poumon autres que la phtisie. M. Sée comptait sans doute que le professeur du Muséum, champion des plus ardents des doctrines bactériennes, donnerait son approbation à la pathogénie microbienne de la pneumonie, comme l'admet le professeur de la Faculté : M. Sée a en effet été loué par M. Bouley, mais avec bien des réserves.



lorsque des *commis sûrs* nous amenèrent par les *canaux semi-circulaires* notre vaisseau que, depuis deux jours, le pilote *Iris* n'avait fait *qu'orner de Rubans de Reil* et de *bouquets de Riolan*. Il cherchait ainsi à se distraire de *l'humeur vitrée* où l'avait jeté la perte de sa *pupille*. Grâce à lui, les *cordages* et les *poulies* disparaissaient sous des *branches ophthalmiques*, et les *mâts s'étaient revêtus* de *six lierres* qui enroulaient en *lim açon* leur *tige pituitaire*. Nous avions obtenu par *l'intermédiaire de Vrisberg*, les *voiles du palais* faites de *toile choroïdienne*.

Lorsque la *faulx du cerveau* eût tranché la *corde du tympan*, qui nous rattachait aux *piliers de la voûte*, les *petites méningées* sortant du *labyrinthe*, se mirent à la *fenêtre ovale* et jouèrent sur la *trompe d'Eustache*, le *cornet de Bertin* et la *caisse du tympan*, différents airs en *la rynx* et en *fa rynx*. La *dure-mère* et la *pie-mère*, *l'âme criblée* de douleur, avaient quitté leur *cellules ethmoïdales*. Elles se

REVUE PROFESSIONNELLE

FONDATION D'UN CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Nous apprenons que sous le patronage de nos maîtres les plus sympathiques, un Congrès français de chirurgie est en voie de formation. Les Membres de la Commission d'organisation sont : MM. Trélat, Verneuil, Horteloup, Chauvel, Bouilly, Ch. Monod, S. Pozzi (1).

Nous reproduisons les STATUTS ET RÈGLEMENTS PROVISOIRES de cette utile institution.

Statuts. — Le Congrès français de chirurgie a pour but 'établir des liens scientifiques entre les savants et les praticiens nationaux ou étrangers qui s'intéressent aux progrès de la chirurgie française.

Le Congrès tient ses sessions à Paris, chaque année, pendant la semaine de Pâques. Un vote de l'Assemblée, après convocation spéciale, peut toutefois modifier la date de la session suivante.

Sont membres du Congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile et paient la cotisation.

Dans la dernière séance de chaque session, l'Assemblée nomme pour l'année suivante : un président, deux vice-présidents, quatre secrétaires et un trésorier.

Le bureau fixe l'ordre du jour. Il nomme deux vice-présidents d'hon-

(1) Adresser toutes les communications à M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme, Paris).

---

tenaient, avec *un air pathétique*, sous la *tente du cervelet*, montées sur des *hippocampes*, au *corps strié*, qui avaient le *ventre du digastrique*, les *ailes du sphénoïde*, le *bec du corps calleux*, la *corne d'Ammon* et *l'ergot de Morand*, et portaient des *selles turciques* avec de riches *étriers*.

Nous doublâmes le *promontoire* qui termine la *chaîne des osselets*, et, après maintes *circonvolutions*, nous entrâmes dans *l'aqueduc de Falloppe*, remorqués par le *moteur commun*. Puis nous franchîmes le *pont de Varole* et longeâmes *l'isthme de l'encéphale*, où nous fîmes provisions *d'olives* et de *bulbes rachidiens*. Le *pressoir d'Hérophile* nous fournit le liquide *sous-arachnoïdien*. Déjà nous débouchions dans le *golfe de la veine jugulaire* et nous apercevions les *pyramides* qui couronnent le sommet de l'*Atlas*, lorsqu'*Axis* fut précipité dans le *trou déchiré*. En vain nous lui tendîmes le *rameau de*

neur dans la première séance. Il tranche toutes les questions qui lui sont soumises par le Comité.

Un Comité permanent de sept membres, élus par le Congrès au scrutin de liste (et dont le Comité d'organisation remplit provisoirement les fonctions), s'occupe, dans l'intervalle des sessions, de toutes les affaires qui intéressent le Congrès ; il gère les finances et préside aux publications. — Tous les deux ans, deux membres du Comité, désignés par le sort, sont remplacés par une nouvelle élection : les membres sortants sont rééligibles.

Les séances du Congrès sont publiques. Toutes les communications et discussions se font en français. Elles sont publiées *in extenso* ou en résumé, sous la surveillance du Comité.

La cotisation annuelle des membres est de 20 fr. Elle donne droit au volume des comptes rendus du Congrès.

Une cotisation de 200 fr., versée avant le 15 février 1885, donne droit au titre de FONDATEUR. Passé cette date, la même cotisation conférera le titre de MEMBRE PERPÉTUEL. Cette cotisation opérera le *rachat* de toute contribution annuelle.

Règlement. — Les chirurgiens qui désirent faire partie du Congrès doivent envoyer leur adhésion au secrétaire du Comité et y joindre la somme de 20 fr. Il leur est délivré un reçu, détaché d'un registre à souche, qui donne droit au titre de membre de la prochaine session.

Les séances ont lieu de 9 h. 1/2 du matin à midi et de 3 heures à 6 heures, à l'Ecole de médecine. Les séances du matin sont consacrées à l'introduction et à la discussion des *sujets mis d'avance à l'ordre du*

Jacobson ; le malheureux fut emporté par les *lames cérébelleuses* et brisé sur un *rocher*.

Après ce *coup* douloureux, nous entrâmes dans le *canal vertébral*. avec l'intention de nous diriger vers *les pôles*.. Nous aurions voulu visiter la célèbre *basilique* située dans le *creux axillaire*, qui doit sa renommée aux *scapulaires* et aux *chapelets ganglionnaires* qu'on y vend, *comme aux plates*-bandes de fleurs *pectorales* qui font tout alentour un *grand rond dentelé* ; mais le manque *d'eau* nous força de suivre les *côtes*, jusqu'à ce que, du haut d'un *mamelon*, nous eussions aperçu des *côlons ascendants* et *descendants*, qui nous montrèrent la *citerne de Pecquet*. Alors, nous confiant à la protection du *grand saint Pathique*, nous nous laissâmes emporter par le *torrent circulatoire* qui nous fit franchir le *détroit supérieur*. Bientôt nous découvrions la *crête Iliaque*, et nous abordions à *l'île Eon*. Là nous fûmes reçus par le *père Inée*, les *cinq fils* du *pubis* et les *jumeaux de la Cuisse*,

jour de la session par le Congrès précédent (ou, pour le premier Congrès, par le Comité d'organisation) ; les *communications diverses* seront faites aux séances du soir.

Les membres du Congrès qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au secrétaire du Comité avant le 1er janvier (cette date est reculée au 15 février pour la première session). Ils devront y joindre un résumé très bref, contenant les conclusions de leur travail.

Ce résumé sera imprimé *in extenso* ou en partie dans le programme qui sera distribué avant l'ouverture du Congrès.

Les orateurs qui désirent prendre part à la discussion des sujets mis à l'ordre du jour ou des communications annoncées pourront se faire inscrire d'avance en écrivant au Comité (secrétariat). La parole sera donnée dans l'ordre des inscriptions.

Les communications peuvent avoir une durée de quinze minutes. Le président a le droit, sans consulter l'Assemblée, de donner une prolongation de dix minutes, soit vingt-cinq minutes en tout. Ce temps écoulé, il est nécessaire de consulter l'Assemblée.

Il est accordé à chaque orateur cinq minutes pour la discussion, et, avec l'agrément du président, dix minutes.

Le même orateur ne peut parler pour la discussion plus de quinze minutes, dans la même séance, sans l'assentiment de l'Assemblée.

Le manuscrit des communications et la rédaction des paroles prononcées dans la discussion doivent être remis aux secrétaires au début de la séance qui suit celle de la communication ou de la discussion ; faute de quoi une simple analyse en sera publiée.

---

tous portant le *cordon ombilical*, qui nous introduisirent dans le *vestibule* et nous firent asseoir sur le *carré crural*. Des *nymphes*, 'vêtues de *tissu érectile* et coiffées du *capuchon clitoridien*, vinrent, toutes *honteuses*, nous offrir force *plats centa* et *mets araïques*, tels que *museaux de tanches*, *œufs de Naboth* et fruits de *l'arbre de vie*. Puis nous visitâmes le *col de la vessie* et *l'arcade crurale*, et nous gravîmes le *mont de Vénus*. De là on découvrait une vaste *région* : d'un côté des *prés puce*, de l'autre des champs couverts *d'épis ploons* ; ici un *pli inguinal* là une *fosse ovale* ou *iliaque*, plus loin un vaste *bassin* entouré d'une *barrière d'apothicaire*, faite de *colonnes vaginales* rangées en *trian- de Scarpa*.

ais il était écrit que nous n'aurions pas de *veine*. Le même jour portions le petit *troc en terre* ; le malheureux s'était *fait scier* deux en voulant façonner avec une *scie attique* un *obturateur* pour *entonnoir fémoral*. Le endemain notre *couturier*, ayant lancé un

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR DU PREMIER CONGRÈS. — Etiologie et pathogénie des infections chirurgicales.

On est invité à rapporter spécialement les faits cliniques et expérimentaux qui peuvent contribuer à déterminer le rôle respectif des ferments figurés (microbes, etc.) et des poisons chimiques (ptomaïnes, etc.) dans la pathogénie des septicémies.

Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale.

Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne.

Cure des abcès froids.

Distinguer entre la cure des abcès froids ossifluents et la cure des abcès froids non ossifluents.

Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.

Outre ces questions choisies par la Commission d'organisation du Congrès, elle a examiné les suivantes sur lesquelles elle croit devoir aussi attirer l'attention et demander des documents :

Valeur comparée de l'anus iliaque et de l'anus lombaire dans le cancer du rectum.

Indications de la gastrotomie.

Origine et nature de la coxalgie.

Indications de la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques.

Du traitement du pédicule dans l'ovariotomie et l'hystérotomie.

De l'opération des tumeurs incluses dans le ligament large.



---

anneau du troisième, atteignit son *père au nez* ; le pauvre vieillard (il avait la *patte d'oie*) fut tué sur le coup. Nous l'enterrâmes dans un *creux poplité* et nous lui élevâmes un monument *cuboïde* orné *d'astragales* et portant une inscription *cunéiforme*. Puis nous devions nous embarquer pour *Tarse* ; mais après nous avoir fait tant de *mal*, *Eol* ne nous tentait plus. Nous restâmes donc dans le pays ; les uns bâtirent et *plantèrent*, les autres s'enrôlèrent dans les *phalanges* guerrières.

Après le voyage anatomique, je ne vois rien de mieux que le *Voyage de la vie*, plus triste, il est vrai, mais peut-être plus exact. Il est emprunté à un confrère du Canada.

LE VOYAGE MÉDICAL DE LA VIE.

PREMIÈRE ANNÉE : Ictère des nouveau-nés, diarrhée, vaccination.

REVUE CLINIQUE

—

DE LA LEUCORRHÉE INFANTILE, SES CAUSES, SES SYMPTOMES ET SON TRAITEMENT,

Par le Dr Descroizilles.

La leucorrhée infantile est une affection fréquente ; on l'observe chez les petites filles sous des formes multiples et avec une intensité très variable. On rencontre à toutes les phases de la période infantile des écoulements de liquides muqueux ou mucoso-purulents, fournis par la membrane qui tapisse les parties génitales du sexe féminin et qu'on désigne sous le terme vulgaire de flueurs blanches.

La leucorrhée des petites filles provient toujours des grandes et des petites lèvres ou de la partie la plus déclive du vagin et devient fréquente surtout à partir de l'âge de 5 à 6 ans. Ses causes sont nombreuses : tantôt l'écoulement se rattache à des conditions purement locales, telles que l'irritation simple de la vulve par défaut de propreté, le contact habituel de l'urine ou de matières sébacées, l'herpès, l'impétigo ou l'eczéma. Il ne faut pas oublier, d'autre part, l'influence de la masturbation, des onyures, celle de la défloration, ou des tentatives de défloration. On ne peut passer sous silence l'influence des maladies générales, telles que la dothiénentérie, les

---

DEUXIÈME ANNÉE : dentition, croup, choléra infantum et convulsions. TROISIÈME ANNÉE : diphthérie, coqueluche et bronchite. QUATRIÈME ANNÉE : scarlatine, vers et méningite. CINQUIÈME ANNÉE : rougeole. — A ce moment, la moitié des enfants ont succombé. — SEPTIÈME ANNÉE : oreillons. DIXIÈME ANNÉE : chorée et fièvre typhoïde. QUINZIÈME ANNÉE : hypéresthésie sexuelle. SEIZIÈME ANNÉE : spermatorrhée, chlorose et irritation spinale. DIX-HUITIÈME ANNÉE : chaudepisse. VINGTIÈME ANNÉE : bubons, céphalalgie alcoolique, vertigo. VINGT-CINQUIÈME ANNÉE : mariage. VINGT-SIXIÈME ANNÉE : Insomnia de infanto. TRENTIÈME ANNÉE dyspepsie, asthénie nerveuse. TRENTE-CINQUIÈME : pneumonie. QUARANTE-CINQUIÈME : lumbago, presbytie. CINQUANTE-CINQUIÈME : rhumatisme, alopécie. SOIXANTIÈME : amnésie, chute des dents, calcification des artères. SOIXANTE-CINQUIÈME : apoplexie. SOIXANTE-DIXIÈME : amblyopie. surdité, faiblesse générale, atonie du tube digestif, rhumatisme noueux. SOIXANTE-QUINZIÈME ANNÉE : *finis* !

affections diphthériques, l'herpétisme, le tempérament strumeux. Le tempérament mérite d'être considéré; la plupart des petites filles atteintes de leucorrhée sont lymphatiques ; les mauvaises conditions hygiéniques, l'alimentation défectueuse, l'habitation malsaine ont une influence notable sur la production et la persistance de cette affection.

Il n'est pas démontré que dans les contrées humides, pendant les saisons pluvieuses, la leucorrhée soit plus fréquente. La chaleur, au contraire, est propice au développement des éruptions circonscrites, dont l'écoulement leucorrhéique n'est souvent qu'une conséquence. On sait que des écoulements passagers surviennent assez fréquemment chez les jeunes filles de 12 à 15 ans quelques mois avant l'apparition des premiers flux menstruels. Tantôt alors la puberté met un terme aux phénomènes, tantôt au contraire le commencement de la menstruation coïncide avec un accroissement de la sécrétion de la muqueuse génitale, qui ne se calme qu'au bout de plusieurs mois ou quelquefois de plusieurs années. Il paraît prouvé à l'auteur que si, dans le premier stade de l'enfance, la leucorrhée se rattache surtout aux lésions de la membrane qui tapisse les parties sexuelles et aux éruptions qui se développent dans son voisinage, à partir de l'âge de 8 à 9 ans, et principalement entre la onzième et la seizième année, il faut l'attribuer plutôt à des conditions générales, et surtout aux perturbations qui se rattachent à l'établissement des fonctions ovariennes.

La leucorrhée infantile marche avec lenteur, elle s'accompagne fort rarement de réaction générale de l'organisme, et souvent elle ne provoque aucune souffrance locale. Quelquefois cependant on observe des douleurs légères ou des démangeaisons, soit à la région inguinale, soit en arrière du sacrum ou du coccyx. Le liquide qui s'écoule par l'orifice vulvaire est tantôt transparent et d'apparence séreuse, tantôt et plus souvent épais, d'aspect crémeux et de couleur verdâtre ; le linge qui en est imprégné est comme empesé ou parsemé de taches de différentes nuances. Ces dernières ne s'enlèvent pas par le frottement. En général, moins l'écoulement est récent, moins il se traduit par des phénomènes locaux nettement appréciables, et plus il coïncide avec des symp-

tômes généraux, tels que de la pâleur et de la faiblesse, des irrégularités d'appétit et de la petitesse du pouls. Les filles de 10 à 15 ans atteintes de pertes blanches sont en général chloro-anémiques ; elles se plaignent de palpitations, de phénomènes gastralgiques ; quelquefois elles présentent des phénomènes hystériques. Avant la 6me année, les petites filles leucorrhéiques éprouvent souvent un prurit intolérable au niveau des grandes et des petites lèvres; les attouchements involontaires auxquelles elles se livrent aggravent et prolongent leur état maladif.

Au début, la muqueuse n'est pas altérée, mais plus tard, elle s'épaissit et se ramollit et le liquide sécrété devient purulent. Plus tard encore, la muqueuse est turgescente et fortement hypérémiée, sa surface devient fongueuse et inégale et on découvre alors des érosions et des ulcérations saignantes. Dans ces cas, les ganglions de l'aine sont souvent pris.

Dans les deux premières années de la vie, la leucorrhée est assez souvent passive, les petites malades sont anémiques. La muqueuse génitale est toujours intacte.

Dans ces cas il faut faire un traitement local consistant en lotions et irrigations astringentes, et un traitement général ; on prescrira des préparations amères et toniques à prendre par le tube digestif. On trouve quelquefois quelques vésicules d'herpès éparpillées sur la muqueuse génitale qui peuvent laisser après elles une perte de substance assez longue à guérir; on se trouvera bien de les cautériser avec le nitrate d'argent.

Chez les filles de 5 à 10 ans, la leucorrhée a semblé plus franchement inflammatoire à l'auteur ; il a constamment trouvé la muqueuse des grandes et petites lèvres rouge et turgescente ; le liquide de l'écoulement est abondant, épais et fortement odorant. Dans ces cas il a souvent fallu employer des badigeonnages avec une solution au dixième de nitrate d'argent, des bains émollients et des injections d'eau mélan-gée d'un ou deux pour cent d'acétate de plomb ou de sulfate de zinc.

Chez les jeunes filles de 11 à 15 ans, la leucorrhée est ordinairement liée à l'approche des premières époques menstruelles.

Les phénomènes morbides sont ordinairement moins inflammatoires que dans la catégorie précédente.

L'écoulement est moins abondant et plus transparent.

La muqueuse a ordinairement sa coloration normale. Dans ces cas, l'auteur a le plus souvent employé les toniques à l'intérieur, et localement, les bains alcalins ou sulfureux ou l'hydrothérapie.

La leucorrhée est fréquente et il ne faut pas la laisser sans traitement, quelle que soit sa nature, et on peut résumer ainsi qu'il suit le traitement à leur opposer.

Chez la petite fille on doit substituer aux injections les irrigations faites avec une canule à plusieurs orifices dont l'extrémité est maintenue à 3 ou 4 centimètres de la vulve. Tantôt on donnera la préférence aux substances émollientes, telles que la mauve, la guimauve, la graine de lin, le son, associées ou non à la morelle ou à la tête de pavot. Tantôt on se servira d'astringents, sulfate de cuivre ou de zinc, de l'alun, du tanin, de feuilles de noyer ou de roses de Provins. Si l'écoulement est odorant on emploiera le permanganate de potasse, l'eau phéniquée, le sulfite de soude. S'il est nécessaire de cautériser, on peut employer une solution au 10e de nitrate d'argent ou le crayon dans les cas d'ulcérations profondes. En dehors de cette thérapeutique locale, on se trouvera bien des bains généraux d'amidon ou de son, des bains alcalins ou sulfureux, bains de sel de Pennès, d'eau de mer. Le traitement général n'est pas moins important. Si les malades sont anémiques on donnera des préparations toniques, les ferrugineux, le quinquina ou l'huile de foie de morue. Quelques-unes supportent mieux le sirop de gentiane, ou les préparations amères dans lesquelles on associe la teinture de Colombo à celle de Baumé et au sirop d'écorce d'oranges. S'il y a des onyures on donnera du calomel et de la santonine à petites doses; on fera mettre des suppositoires à l'onguent hydrargyrique. — (*Archives de tocologie*, août 1884.)

Dr Ad. OLIVIER.

LA MORPHINE ET LA MORPHIOMANIE

Par Maurice Notta.

Il n'y a guère qu'une catégorie de gens qui aient presque le droit de devenir morphiomanes et auprès desquels le médecin peut se départir de sa vigilance habituelle : ce sont les malades atteints d'une affection *douloureuse* et *incurable*. Condamnés d'avance, ils veulent et doivent être soulagés, et il vaut mieux substituer à leur maladie une autre diathèse non douloureuse que de leur refuser le repos que leur procure la morphine. Les trois classes de morphiomanes que propose de distinguer M. Zambaco, peuvent être réduites à deux : la première, comprenant les incurables douloureux (cancéreux, ataxiques, etc.) ; la seconde comprenant tous les autres morphiomanes. Chez ces derniers, que le début ait été spontané ou consécutif à une maladie. le résultat est le même, et ils arrivent à contracter la passion de la morphine pour satisfaire leur propre plaisir, comme les fumeurs d'opium ou de haschich. Le point de départ seul varie, la morphiomanie ne change pas. Aussi nous proposerons de diviser les morphiomanes en deux grandes catégories les *morphiomanes par nécessité* (cancéreux et autres incurables douloureux) et les *morphiomanes par habitude*, que l'habitude ait été prise à la suite d'une maladie, par imitation, ou seulement par sensualité. On pourrait aussi les diviser, au point de vue clinique, en morphiomanes incurables et en morphiomanes curables. Chez les premiers (cancéreux, etc.), la morphiomanie doit être respectée ; chez les seconds, tous les efforts doivent tendre à déraciner leur funeste passion.

Si nous revenons sur la comparaison déjà faite de l'alcoolisme et de la morphiomanie, nous trouvons que l'alcoolisme est presque excusable, tandis que la morphiomanie ne l'est pas. L'alcool, nécessaire pour soutenir les forces de l'ouvrier comme du convalescent, est à la portée de tous ; il existe dans la plupart des liquides que l'on boit journellement. Il y a donc dans l'alcoolisme au moins une excuse : la faiblesse humaine, les tentations nombreuses, les bornes très variables de l'intelligence, etc. Mais la morphiomanie (je parle des morphiomanes de notre seconde classe), où lui trouver une excuse ? C'est du canet du médecin et de l'officine du pharmacien qu'elle est

sortie, commençant par frapper les classes intelligentes. L'exemple venu d'en haut est aujourd'hui descendu dans les rangs de la Société. .. Que faire alors pour enrayer les progrès d'un tel mal ?

On évitera, dit M. Nuchard, l'abus de la morphine et la morphiomanie : 1° Lorsqu'il ne sera plus permis aux pharmaciens de délivrer des médicaments sur la simple présentation d'une ordonnance faite il y a dix ans, et lorsqu'il sera enjoint à tout pharmacien de ne délivrer de la morphine que sur une ordonnance nouvelle ; 2° Les médecins doivent s'opposer de toutes leurs forces à ce que les injections soient pratiquées par les malades eux-mêmes ; et ils le peuvent, non pas comme on le fait quand cette habitude est prise depuis longtemps, mais avant qu'elle soit prise.

Nous pourrions ajouter une troisième précaution, indiquée par M. Fonssagrives, et qui consisterait à interdire aux fabricants d'instruments de chirurgie de vendre des seringues à injection à toute personne étrangère à la médecine, si elle ne présente pas une ordonnance d'un médecin....

En résumé, nous ne partageons pas l'avis des médecins qui croient exagérées les craintes que l'on suggère en montrant les dangers de la morphiomanie. Nous avons établi l'utilité et le rôle admirable de la morphine en thérapeutique ; mais si le médecin ne doit pas être morphiophobe, il doit être morphiomanophode (qu'on nous passe ce néologisme), et c'est grâce à cette crainte salutaire, et à sa vigilance, qu'il pourra se vanter, à la fin de sa carrière, de n'avoir jamais vu un seul de ses clients devenu morphiomane. Il ne s'agit pas, en effet, d'un mal insignifiant, comme on le voit par ce qui précède ; et, si ce mal était assez limité, il y a quelques années, il tend à prendre aujourd'hui des proportions inquiétantes. Nous assistons au début d'un mal social que la sensualité et l'imitation vont encore contribuer à répandre. Il faut le signaler et indiquer les moyens de le combattre, et surtout de le prévenir. (*Archives de Médecine*, 9 novembre 1884.)

J. C.

DE L'ACTION DE LA DIGITALE CHEZ LES JEUNES ENFANTS

Par le docteur G. Piogey (1).

Une jeune fille, âgée de huit ans, éprouvait de l'oppression, des palpitations, et subissait l'influence d'un état maladif qui occasionnait l'amaigrissement depuis quinze jours.

Un médecin, consulté le 3 septembre, constate une élévation de la température, la violence de l'impulsion cardiaque avec fréquence.

La prescription consiste en deux grammes de feuilles de digitale en macération dans un litre d'eau,

Le mardi 4, l'enfant prend trois timbales de la macération sans éprouver le moindre malaise.

La température s'abaisse, la circulation est moins fréquente. L'enfant éprouve un certain bien-être que l'on prend pour de l'amélioration. Sommolence, point de garde-robe et urine peu abondante.

Mercredi 5, un verre d'Hunyadi produit quatre garde-robes noirâtres et fétides. On administre de nouveau trois timbales de la macération. Inappétence absolue, immobilité, torpeur. C'est à quatre heures du soir que les premiers vomissements se manifestent, continuent toute la nuit en ayant lieu toutes les heures environ. Une seule garde-robe noirâtre et fétide dans la nuit. La sécrétion urinaire ne paraît pas augmentée.

Les vomissements continuent le 6 jusqu'à midi. La torpeur augmente, la voix s'affaiblit, la face est crispée. L'enfant refuse toute alimentation.

Un lavement de camomille, administré à quatre heures, provoque une garde-robe toujours d'une extrême fétidité, et les vomissements récidivent.

Le 6, à 9 heures du soir, je vois l'enfant pour la première fois. La torpeur est complète, les yeux sont excavés, les pupilles, non dilatées sont peu sensibles à la lumière. L'enfant répond difficilement aux questions qu'on lui adresse. La peau paraît ...ide au toucher et le thermomètre donne 36.4. Le pouls pe-

(1) Travail lu à la société du IXe arrondissement dans sa séance du novembre 1884.

tit, presque imperceptible, bat 62 à la minute, donne la sensa tion d'une oscillation plutôt que d'un battement. L'impulsion cardiaque est faible et les battements sont à peine perceptibles.

N'ayant aucun renseignement ni sur la maladie au début, ni sur la médication employée, j'appris alors que l'enfant avait absorbé en deux jours la macération de deux grammes de feuilles de digitale, moins un septième de la dose qu'on se proposait d'administrer.

Le doute n'étant plus permis sur l'influence nocive de la medication de la digitale, j'insinuai discrètement qu'il était opportum d'apporter un changement dans le traitement qui paraissait fatiguer l'estomac.

Je prescrivis un vomitif avec un gramme de poudre d'ipécacuana. Il y eut 5 vomissements. Après on administra du café glacé, des grogs au cognac à la glace et un vésicatoire sur la région épigastrique.

La nuit fut calme sans vomissements.

Le 7, les traits du visage étaient moins crispés, la torpeur avait disparu, la température était remontée à 37,4 et le pouls battait 70 régulier et n'ayant plus la forme dicrote.

La boisson de café et les grogs furent continués. Il y fut ajouté du bouillon et un œuf frais.

Le lendemain 8 l'alimentation fut augmentée et la guérison fut rapide. Cette observation prouve le danger d'administrer la macération de digitale à froid chez les jeunes enfants, l'action tardive du médicament, qui n'a déterminé des vomissements qu'à la fin du second jour de son administration.

Il est à remarquer qu'il n'y a pas eu d'hypersécrétion urinaire.

La rapidité de la guérison doit être attribuée non seulement à l'administration du café, mais au vomitif qui a débarrassé l'estomac et a empêché la continuité de l'absorption et l'action du vésicatoire par l'excitation générale qui résulte de l'absorption de la cantharidine a contribué à ramener la température.

La digitale et tous ses dirivés doivent être administrés aux jeunes enfants avec la plus grande circonspection.

Il y a quelques années j'ai été mandé pour donner mes soins à un jeune enfant âgé de 15 mois qui éprouvait des vomis-

sements incoercibles et était dans un coma profond avec refroidissement et pouls imperceptible.

J'appris que ce jeune enfant avait pris une potion avec un gramme de teinture de digitale pour combattre un état fébrile. La mort arriva rapidement, et comme il n'était atteint d'aucune maladie caractérisée; que son indisposition avait débuté la veille de l'administration de la potion à la digitale, il n'est pas possible d'attribuer la mort à une autre cause.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Teinture d'Hamamelis. — M. Dujardin-Beaumetz a institué de nouvelles expériences pour déterminer, chez les animaux, l'action physiologique de la teinture d'*Hamamelis virginica*, et a constaté qu'elle paraît être nulle; il n'a pu trouver une dose toxique de cette préparation : les seuls effets physiologiques obtenus sont ceux que détermine l'alcool servant de véhicule aux principes de la plante. Il fait, d'ailleurs, observer que cette absence de toute action physiologique n'entraîne nullement, comme conséquence, la nullité des effets thérapeutiques.

M. Campardon a observé au contraire l'action remarquable de la teinture d'hamamelis, administrée par la voie gastrique, sur les taches cutanées consécutives aux varices anciennes des membres in- férieurs. Chez une cuisinière, affectée de varices depuis de longues années, et présentant, outre un ulcère variqueux rebelle, une macule étendue à toute la face interne du mollet, la teinture d'hamamelis a déterminé, en moins d'un mois, la dispa- rition progressive et presque totale des lésions.

M. Petit a communiqué à la *Société de Thérapeutique* une Note sur l'**Euphorbia pilulifera**, plante herbacée, dont l place un échantillon sous les yeux de la Société. Cette plante, rès abondante en Australie, est depuis longtemps employée, ans ce pays, contre l'asthme et la plupart des affections des ronches : son usage commence à être adopté en Angleterre.

On fait bouillir environ 15 grammes d'*Euphorbia pilulifera* dans deux litres d'eau, jusqu'à réduction à un litre ; on laisse refroidir, et l'on ajoute un peu d'alcool pour prévenir la fermentation. Cette décoction se prend à la dose de trois verres par jour, le matin, à midi et le soir.

Graine de Cola. — M. Dujardin-Beaumetz a présenté récemment à la *Société de Thérapeutique* des échantillons de la *graine de cola*, et des diverses préparations pharmaceutiques dont elle forme la base. La noix de cola est la graine du *Steroulia acuminata*, plante originaire des régions tropicales d'Afrique ; elle est considérée par les indigènes comme tonique et aphrodisiaque. Elle renferme une forte proportion de caféine, ainsi qu'une petite quantité de théobromine et de tannin. On l'emploie, au Soudan, sous deux formes : comme masticatoire ou en infusion, après l'avoir torréfiée et pulvérisée. M. Dujardin-Beaumetz l'a expérimentée dans les cas de diarrhée chronique, et en a retiré d'excellents résultats, analogues à ceux que les médecins de la marine en ont obtenus contre la diarrhée de Cochinchine. Dans les affections cardiaques, à la période d'asystolie, les préparations de cola ont paru agir, comme le café et la caféine, à la fois comme tonique du cœur et comme diurétique. Enfin, leurs propriétés stimulantes et toniques générales peuvent être heureusement mises à profit dans un grand nombre d'affections adynamiques. — M. Dujardin-Beaumetz a employé l'infusion de la graine de cola torréfiée, à la dose d'une tasse (15 grammes de cola pour une tasse d'eau), et l'élixir ou la teinture de cola, non torréfiée, à la dose d'une cuillerée à dessert, et même d'une cuillerée à bouche. On prépare également avec la cola un vin et une alcoolature.

De l'hydrate de terpilène ou eau ozonisante, par M. Boursier. L'auteur s'est livré à de longues recherches pour trouver une substance, d'un prix minime, ayant la propriété de condenser l'oxygène et, par suite, de remplacer le courant de pile dans la production de l'ozone ; il fallait en outre, pour que l'emploi de cette substance fût pratique, qu'elle pût, exposée à l'air extérieur, conserver l'ozone formé. Ces conditions sont remplies par le *terpilène bihydraté* ($^{10}H^{16},2H^{2}O^{2}$),

qui absorbe et condense l'oxygène, pour le dégager ensuite à l'état d'ozone, sous l'influence de l'évaporation. La production de l'ozone dans un récipient où l'on pulvérise cette *eau ozonisante* est très facilement démontrée, de façon irréfutable, au moyen du papier ozonométrique. — On prépare cet hydrate de terpilène en distillant dans le vide, à la plus basse température possible, les gemmes ou les résines du *Pinus maritima* et du *Pinus australis* ; on obtient ainsi du térébène ou australène, que l'on mélange intimement, par un procédé spécial, avec une quantité déterminée de protoxyde d'hydrogène très pur (eau distillée) ; puis on fait absorber au liquide de l'oxygène à saturation, pour lui donner ses propriétés ozonisantes. — Le liquide ainsi possède un pouvoir désinfectant très prononcé, qui rend son emploi précieux en hygiène et en thérapeutique. M. Ed. Labbé a également obtenu de bons rétultats des pulvérisations de cette eau ozonisante administrée en inhalations chez les phthisiques : l'expectoration est devenue plus facile et a perdu complètement ses caractères fétides. Pensant, avec raison, que le liquide pulvérisé ne franchit pas le larynx, M. Ed. Labbé a fait respirer les malades au-dessus d'une éprouvette à pied, dans laquelle est projetée la pulvérisation : une légère ivresse, assez rapidement produite, est venue démontrer nettement la pénétration de l'ozone, mis en liberté, dans les voies respiratoires. Dans les cas de dilatation gastrique avec renvois fétides, l'injection de l'eau ozonisante a paru fournir d'heureux effets, sans déterminer les accidents de gastralgie produits en semblable circonstance, par l'usage de l'eau oxygénée. Enfin, chez un malade atteint de diphthérie grave, les pulvérisations, employées concurremment avec les autres moyens ordinaires de traitement, ont amené l'élimination et le rejet des pseudomembranes, suivis de la guérison. M. Ed. Labbé a également employé les compresses imbibées d'eau ozonisante comme désinfectant et antiseptique chez une malade présentant une suppuration extrêmement fétide, consécutive à un abcès iliaque avec lésions osseuses ; les résultats ont été, au dire de la malade, bien préférables à ceux qu'elle obtenait avec l'acide phénique.

M. Tanret fait remarquer que la dénomination assignée par M. Boursier à l'eau ozonisante dont il est l'inventeur est

absolument impropre. En effet, on ne peut nommer *hydrate de terpilène* une solution aqueuse de terpilène chargée d'oxygène : l'hydrate de terpilène est un corps depuis longtemps connu, défini, cristallisé, c'est la *terpine*, qui prend naissance par la combinaison de l'eau avec le terpilène ou térébenthène, renfermé dans l'essence de térébenthine.

M. CAMPARDON a expérimenté cette eau ozonisante dans un cas de diphthérie : elle lui a paru faciliter quelque peu le détachement des pseudo-membranes, mais il ne saurait rien affirmer de bien certain, car la maladie était arrivée à sa période de décroissance lorsque l'eau ozonisante a été employée.

CHIRURGIE

Le thermocautère dans le traitement de la gangrène spontanée. — Le Dr DESSETTE (d'Angoulême) a publié une observation de gangrène glycosurique du pied gauche traitée avec succès par le thermocautère.

Cette observation est intéressante à deux points de vue : 1° en ce qu'elle montre l'influence de l'alcoolisme sur la production de la gangrène chez les diabétiques. Il s'en faut de beaucoup que la gangrène des extrémités soit fréquente chez les diabétiques ; c'est à peine si on compte un cas de gangrène sur cinquante diabétiques, et, chose remarquable, cet unique cas se produit chez un alcoolique ; il faut donc, pour faire naître cette gangrène, une double diathèse, la diathèse alcoolo-diabétique : 2° en ce qu'elle nous offre un cas de guérison obtenue sans l'intervention du bistouri. L'emploi du thermo-cautère s'impose donc quand on a à intervenir dans des cas de gangrène diabétique. Il faut poursuivre le mal, le cerner, en allant toujours au plus près ; ce n'est que de cette façon qu'on peut espérer le vaincre. Le malade, dans cette lutte incessante, y perd toujours quelque chose, un ou plusieurs orteils, le pied même, mais enfin guérit, et c'est là l'important.

De la curabilité de l'artérite syphilitique. — M. LEUDET (de Rouen) a communiqué une très intéressante observation qu'il a fait suivre des réflexions suivantes :

Anatomiquement, existe-t-il une lésion artérielle, toujours identique, qui mérite le nom de syphilitique ? Oui, j'en suis convaincu. Mais il n'y a pas de lésion pathognomonique, spécifique, de syphilome. Le critérium de la nature de la lésion réside dans sa disposition, ses caractères et surtout sa curabilité. Elle a un processus propre ; c'est une artérite oblitérante, et la prolifération cellulaire se fait de l'extérieur à l'intérieur, ainsi que Lancereaux l'a bien remarqué, et contrairement aux assertions de Heubner. Toutes les artérites oblitérantes ne sont pas syphilitiques, mais toutes les artérites syphilitiques sont oblitérantes. Il n'existe pas d'athérome dans cette lésion ; l'athérome est un processus différent. Dans un récent travail de M. Balzer, paru dans la *Revue de médecine* du 10 août 1884, on voit que les lésions de l'artérite syphilitique peuvent subir une dégénérescence granuleuse rétrograde, voisine mais pourtant distincte du véritable athérome.

Cliniquement, l'artérite syphilitique présente ces deux caractères : elle est limitée ; localisée dans une petite étendue, de deux à trois centimètres ; de plus, la maladie existe de deux côtés, sur des branches symétriques, dans des points circonscrits, identiques. On remarquera également que l'induration ne se fait pas par nodules, mais par tubes.

Au point de vue de sa marche, l'artérite syphilitique, au dire de Heubner, est une artérite aiguë. Je crois cette opinion vraie avec cette légère modification que je la nommerai une artérite subaiguë, bien différente en tout cas de l'athérome qui est le type de l'artérite chronique.

La durée du travail de résolution de l'artérite a duré cinq mois. Les symptômes ont été les mêmes que ceux de la période de développement, mais en sens inverse. La première mélioration a été signalée par le retour des battements dans le vaisseau. Ces battements, d'abord très faibles, n'ont repris leur force normale qu'après l'achèvement de la résolution de la phlegmasie vasculaire.

La guérison a été entière, puisque j'ai revu le malade il y a à peine un mois.

Le traitement a été exclusivement interne (iodure de potassium aux doses de deux à cinq grammes par jour). Plusieurs

fois, ce médicament a dû être interrompu à cause de l'apparition d'accidents d'iodisme. Pendant ce temps, on avait toujours recours à des doses élevées d'iodure de sodium et d'ammonium.

L'observation que je viens de relater m'a permis de recueillir quelques nouveaux détails cliniques sur les symptômes de l'artérite. Je n'ai pas la prétention de tracer d'après un seul fait la séméiologie de l'artérite syphilitique ; je laisse de côté l'artérite de la crosse de l'aorte ; je tiens uniquement à mettre en lumière les signes recueillis chez un individu dont la localisation exceptionnelle de l'artérite rendait l'examen facile et *éloignait beaucoup de causes d'erreur.*

Du traitement des kystes hordéiformes du poignet et de la paume de la main par l'évacuation de la poche, le lavage antiseptique et l'ignipuncture profonde. — M. Duplouy (de Rochefort) emploie depuis plus de dix ans l'ignipuncture précédée de l'évacuation de la poche contre les kystes hordéiformes. Mais depuis deux ans il a ajouté à ce procédé des modifications assez importantes.

Après avoir pratiqué une incision aux deux extrémités supérieure et inférieure de la tumeur, il pousse, à l'aide d'une seringue à hydrocèle, une injection phéniquée à 2 gr.50 0/0 qui entraîne violemment les grains hordéiformes et les chasse au dehors.

Le kyste une fois évacué, il applique sur la tumeur vingt à trente pointes de feu profondément, puis il fait un pansement de Lister. Il a pratiqué, il y a deux ans, cette opération sur deux malades sans que, depuis ce temps, le kyste se soit reformé.

Ce procédé lui paraît le meilleur mode de traitement de ces kystes, à condition toutefois que les tumeurs ne soient pas trop anciennes, car cette méthode, comme les autres, ne saurait donner, au point de vue du rétablissement des mouvements, qu'un résultat incomplet si les désordres profonds sont devenus incurables, et, dans ce cas, il faudrait se contenter de la simple disparition de la poche.

OBSTÉTRIQUE —GYNÉCOLOGIE — PÉDATRITE

Traitement des vomissements de la grossesse.— M. H. Gueneau de Mussy a signalé à la *Société de Thérapeutique* l'emploi qui est fait à Edimbourg des pilules d'iridin pour combattre les vomissements de la grossesse. Leurs propriétés cholagogues ont été nettement mises en relief par M. Berry Hart. L'auteur se base, du reste, sur ce mode d'action pour confirmer l'origine hépatique des vomissements chez la femme enceinte, théorie soutenue par Lorrain, Tarnier, et plus tard, par Mathews Duncan. Il aurait obtenu d'excellents résultats dans les dix cas où il a employé l'iridin ; il le prescrit en pilules, à la dose de 20 centigrammes pour une pilule dont l'excipient est la conserve de roses. Une seule pilule tous les soirs. — C'est un cholagogue énergique, mais il ne jouit pas de la propriété d'amener les évacuations intestinales ; aussi est-il nécessaire de faire prendre le lendemain aux malades une petite dose de sel de Glauber. — M. H. Gueneau de Mussy obtient un effet cholagogue assez semblable, en même temps qu'une action purgative, par l'association du podophyllin, à l'euonymin et à la jusquiame. Il prescrit une pilule composée d'après le formule suivante : podophyllin, 15 milligrammes ; euonymin, 5 à 10 centigrammes ; extrait de jusquiame, 5 centigrammes. On peut remplacer dans cette formule les 5 centigrammes d'extrait de jusquiame par 1 centigramme d'extrait de belladone.

M. C. Paul fait remarquer que la jusquiame a été associée depuis longtemps au podophyllin dans le but de supprimer les coliques assez vives causées, d'ordinaire, par cette oléo-résine ; mais il faut reconnaître que ce résultat est rarement atteint. Quant à l'euonymin, il le croit moins actif que le podophyllin, et a vu son effet s'épuiser plus rapidement.

M. H. Gueneau de Mussy rappelle qu'il y a une grande analogie entre le podophyllin et l'euonymin : tous deux sont de puissants cholagogues. Le podophyllin a un effet purgatif plus prononcé peut-être, mais qui n'est d'ailleurs pas constant.

M. C. Paul fait observer que, même avec le podophyllin, les sultats peuvent être très variables suivant l'état de *polycholie* ésenté par le malade. Pendant les deux ou trois premiers ırs, alors que les voies biliaires sont remplies de bile, un flux

[illegible] accompagné d'un effet purgatif marqué ; [illegible] usage du médicament, les selles devien[illegible] [illegible]euses, tout en demeurant faciles. Les mêmes [illegible] observés avec l'euonymin. Du reste, cette ac[illegible] appartient à presque tous les médicaments chola[illegible] [illegible] vue se manifester chez des malades atteints de [illegible] auxquels il a prescrit des pilules de Belloste. Il a [illegible] ailleurs de très bons résultats de cette médication, unie [illegible] de Carlsbad, chez des individus ordinairement consti[illegible] [illegible] souffrant, après les repas, de prétendues crampes d'es[illegible] [illegible] qui ne sont que des crises ébauchées de coliques hépa[illegible] [illegible]ques. Le mercure est dans ce cas un excellent cholagogue.

M. Blondeau retire de précieux effets des pilules d'euony[illegible] [illegible] et a vu leur action se prolonger plus longtemps que celle du podophyllin, ou même se manifester très nettement chez des individus qui n'obtenaient plus aucun effet de l'ingestion de ce dernier médicament. Il a remarqué, d'ailleurs, que l'on peut prolonger l'action du podophyllin, lorsqu'elle vient à cesser, en lui associant la noix vomique. Il emploie dans ce cas la formule suivante : extrait de jusquiame, 1 centigramme ; extrait de noix vomique, 1 centigramme ; podophyllin, 15 milligrammes ; savon médicinal, 5 centigrammes, pour une pilule. De une à trois pilules le soir en se couchant.

Diphthérie; procédé Delthil (1). M. D'Heilly a communiqué les résultats obtenus dans son service, à l'hôpital Trousseau, par M. Delthil lui-même.

Cinq enfants, déjà trachéotomisés, ont été soumis, aux fumigations répétées toutes les deux heures; mais deux d'entre eux étant morts le lendemain, et un troisième menaçant de les suivre à bref délai, M. Delthil renonça à prolonger plus longtemps l'expérience. Aucun des cinq petits malades n'était d'ailleurs atteint de diphthérie toxique, et le pronostic ne paraissait mauvais que pour un seul, présentant un croup secondaire à la rougeole. En résumé, un seul enfant sur cinq a survécu. — Peut-être est-il sage de ne tirer aucune conclusion hâtive de cette expérimentation restreinte, mais en résumé la liquéfaction des fausses membranes a fait défaut, et la dyspnée a été produite ou aggravée.

M. Féréol communique l'observation d'une dame de cin-

(1) Discussion à la *Société de Therapeutique*.

quante-six ans, sa parente très proche, ayant contracté la diphthérie en soignant sa fille et ses deux petits-fils, qui tous trois succombèrent en dix jours. Chez cette malade les fausses membranes, en dépit des badigeonnages avec l'eau oxygénée, s'étant rapidement étendues à l'isthme du gosier et au pharynx, M. Féréol, assisté de MM. Laboulbène et Damachino, résolut de recourir au traitement de M. Delthil, qui vint lui-même instituer les fumigations. L'affection était alors au sixième jour, et, malgré l'extension des fausses membranes et leur aspect lardacé, l'absence d'engorgement ganglionnaire et d'albuminurie permettait d'exclure l'idée de diphthérie toxique ; en outre, l'âge de la malade constituait une circonstance favorable. D'ailleurs, la diffluence des membranes et l'expectoration catarrhale abondante commencèrent dès le second jour des fumigations, et, au bout de cinq à six jours, la gorge était entièrement débarrassée. La malade est aujourd'hui complètement guérie. Que serait-il advenu, dit M. Féréol, si l'on n'avait pas eu recours à ce traitement ? La malade eût-elle échappé à une terminaison fatale ? Il est impossible de rien affirmer ; mais MM. Laboulbène et Damaschino ont partagé le sentiment de M. Féréol à l'égard de l'efficacité des fumigations. — Le séjour dans l'atmosphère enfumée de la chambre a été bien supporté par toutes les personnes qui s'y trouvaient ; cependant les premières fumigations avaient déterminé chez la malade un certain degré de somnolence avec céphalalgie, et chez M. Féréol, des accès de toux pénible. Ces petits accidents paraissent attribuables à la mauvaise qualité du goudron primitivement employé, car ils ont disparu lorsqu'on lui a substitué un autre répandant une odeur moins âcre et moins irritante.

M. Féréol reconnaît qu'un fait isolé ne prouve rien, mais il pense également que l'expérimentation tentée à l'hôpital Trousseau a été trop incomplète et trop courte pour avoir une bien grande valeur. D'ailleurs, M. Delthil lui-même a signalé le danger inhérent au dépôt du noir de fumée et des hydrocarbures sur les fausses membranes, qui sont parfois transformées en une sorte de vernis se desséchant dans la canule, ez les sujets trachéotomisés, l'obstruant, et pouvant amener sphyxie. A-t-on pris à l'hôpital Trousseau toutes les précau-ns minutieuses pour s'opposer à un semblable accident ?

M. Cadet-Gassicourt présente quelques observations rela-es au traitement de la diphthérie par le procédé de M. Del-

thil. Il relate un cas de guérison de croup sans opération, après dissociation et élimination des fausses membranes, chez un enfant soumis par M. Dussaussay aux fumigations de goudron et d'essence de térébenthine. L'amélioration fut, dans ce cas, évidente au bout de deux heures environ, et, après le premier jour du traitement, elle était assez prononcée pour faire rejeter toute idée de trachéotomie.

M. [illegible] est d'avis que cette question mérite en effet d'être étudiée avec soin. Il a eu communication d'un nouveau cas de guérison d'un croup, sans trachéotomie, obtenue au moyen des fumigations par le docteur Gigard, à la *Côte Saint-André* (Isère). Bien que sommaire, cette observation relate l'élimination des membranes, et constitue une pièce intéressante à joindre au dossier. D'après M. d'Heilly, les carbures pourraient peut-être devenir toxiques; rien n'autorise jusqu'alors cette supposition, et l'on n'a observé que de la somnolence et un peu de lourdeur de tête. Il faut néanmoins se souvenir qu'ils ont parfois l'inconvénient de transformer les fausses membranes en une sorte de vernis, qui vient adhérer à la canule et en rétrécir la lumière : il y a là un danger d'asphyxie.

M. Descroizilles pense, comme M. Cadet-Gassicourt, qu'il est nécessaire de multiplier les expériences. Il se réserve d'instituer une série d'essais, dans son service, sur des enfants atteints de diphthérie.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les maladies chroniques de la gorge et de la voix, hygiène et traitement par le Dr Farges, médecin aux eaux de Cauterets, in-8°, 106 pages, Alcan, 1884.

Cette monographie forme une étude très complète sur les affections de la gorge et du larynx. L'auteur y étudie successivement l'étiologie des catarrhes chroniques naso-pharyngo-laryngés qui sont dus la plupart du temps à une maladie constitutionnelle. Puis les angines aiguës et chroniques, les processus amygdaliens, l'herpès guttural, l'acné guttural, la laryngite chronique sont tour à tour exposés dans tous leurs détails. La physiologie et la pathologie de la voix forment un

corollaire qui constitue un chapitre très intéressant. Enfin, comme couronnement, le traitement en général et en particulier par les eaux minérales. Il va sans dire que l'auteur étant médecin à Cauterets avait une compétence toute spéciale pour parler de la cure hydro-minérale et que le vaste champ d'observations qu'il a recueillies dans cette station donne un intérêt tout particulier à la pathologie des affections de la gorge et rend leur étude des plus attrayantes. Aussi le lecteur qui veut s'initier à cette étude trouvera dans le travail de M. Farges un exposé complet de la question.

Paul RODET.



FORMULAIRE

—

Un mot sur les bains sulfureux

(Pierre VIGIER).

Ce pharmacien a constaté que la formule suivante est bien préférable à l'emploi du foie de soufre du Codex qu'on distribue dans les pharmacies pour composer les bains sulfureux.

Monosulfure de sodium...	60 gr.
Chlorure de sodium......	60 —
Carbonate de soude sec...	30 —

Mêlez et renfermez dans un flacon bouché.

—

Des hippurates de chaux comme aliment.

M. le docteur Poulet, de Plan-..-les-Mines, propose la formule ..vante pour être prescrite dans ..ucoup d'affections ci-dessous ..rites :

Acide hippurique pur...	100 gr.
Lait de chaux filtré à travers une serpillière (jusqu'à saturation et un peu au-delà)......	Q. S.
Eau chaude............	2 litres.
Sucre..................	2 k. 400
Alcoolature de citron....	15 gr.

Faites réagir l'acide hippurique et le lait de chaux dans une portion de l'eau chauffée à 80 degrés environ, en agitant et en plongeant de temps en temps un papier de tournesol, afin de vous assurer que la réaction acide a disparu, ce qui exige au moins quatre heures; ajoutez le reste de l'eau et le sucre et mettez sur le feu pour obtenir un liquide convenable. La dose est d'une cuillerée à bouche deux ou trois fois par jour. Il importe d'agiter la préparation avant de s'en servir.

l'hippurate de chaux, d'après ce docteur, lui a paru posséder une spécialisation d'action des plus admirables : 1° contre les affections des voies urinaires; 2° contre les affections du foie; 3° contre certaines maladies de la peau dépendant d'un vice de fonctionnement de la glande hépatique ou d'un lymphatisme exagéré; 4° contre un grand nombre de maladies du tube digestif.

S. M.

—

Potion contre les granulations pharyngiennes.

M. Trasour propose le mélange suivant, à prendre quatre cuillerées à bouche par jour, deux le matin et deux le soir.

Acide phénique cristallisé	2 gr.
Sirop de menthe.........	60 —
Eau....................	100 —

—

Pilules contre la tuberculose.

Créosote........	ãã 0,05 centigr.
Iodoforme.......	
Poudre de Benjoin	
Baume de tolu...	

Pour une pilule dragéifiée ; 2 à 4 par jour.

VARIÉTÉS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Le concours pour la nomination aux places d'élèves internes en médecine des hôpitaux de Paris s'est terminé le 22 décembre.

Ont été nommés :

1° *Internes titulaires* : MM. Albarran, Guinon, Dutil, Sebileau, Lefèvre, Rouillard, Méry, Delbet, Dubarry, Besançon, Leriche, Jaille, Lesage, Wurtz, Lyot, Chartier, Leudet, Crivelli, Demars, Plicque, Bourgeois, Klippel, Beaudouin, Rieffel, Lavaux, Delaine, Moulonguet, Vaquez, Widal, Récamier, Valat, Roland, Dumaret, Gillet, Huet, Pi-[illegible], Potherat, Bureau, Graverry, Vilcocq, Pozzi, Regnier, Valet-[illegible], Laffitte, Courbarien, Martha, Hillemand et Bonnet.

2° *Internes provisoires* : MM. Mantel, Parmentier, Mullot, Dupré, [illegible], Springer, Grandhomme, Cazals, Jacquinot, Nicolle, Rollin, Charrier, Gibotteau, Conzette, Jonnesso, Hautecœur, Cabot, Coffin, [illegible], Prioleau, Reboul, Gautier, Thouvenet, Deroche, Pinel-Maisonneuve, Pallier, Drouet, Chevalier, Alexandre, Maurin, Dieu-[illegible], Chavane, Despaigne, Dortel, Luzet, Leguen, Wickham, Michel, Besançon, Jondeau, Vignalon, Thierry, Témoin, Ardouin, Morel et Iscovescou.

[illegible] Hôpitaux de Paris. — Le concours pour trois places de médecin du [illegible] central vient de se terminer par la nomination de MM. Tala-[illegible] Ballet et Brault.

NÉCROLOGIE. *Le Journal de médecine de Paris* vient de perdre deux de ses meilleurs collaborateurs.

M. *Rowlat*, d'origine anglaise, avait été un brillant élève des hôpitaux de Paris et avait été élevé, quoique jeune encore, à la dignité de médecin titulaire de l'hôpital Wallace. Il avait rapidement conquis à Paris une brillante situation lorsqu'il fut atteint d'accidents pulmonaires qui le décidèrent à chercher un climat plus doux.

M. Rowlat quitta Paris en mai dernier pour occuper une brillante position en Australie. Son état s'était amélioré et nous avions reçu d'excellentes nouvelles, lorsqu'un télégramme nous a appris sa mort à Aden. Notre confrère, ayant eu de graves hémoptysies, s'était décidé à revenir en France et il a succombé en mer sans avoir pu revoir ses amis et sa patrie d'adoption.

— M. *Lormand*, interne des hôpitaux de Paris, vient de succomber à Pau des suites d'une affection pulmonaire aiguë Il appartenait à cette catégorie des travailleurs modestes et sympathiques et sa perte est vivement ressentie par ses collaborateurs du *Journal de Médecine de Paris* et ses amis de l'internat.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 *décembre* 1884. — Présidence de M. A. GUÉRIN.

M. CORNIL lit, de la part de M. le Dr Horvath, professeur de pathologie expérimentale à la Faculté de médecine de Kasan (Russie), une note montrant que la diapédèse, cette découverte si importante pour la physiologie et pour l'anatomie pathologique que l'on attribuait universellement à Cohnheim, est due en réalité à l'un de nos compatriotes, Dutrochet, qui l'a très nettement mentionnée dans ses recherches anatomiques et physiologiques sur la structure microscopique des animaux et des végétaux, publiées en 1824 (p. 214).

M. BOULEY présente : 1° au nom de M. le professeur G. Sée, un livre sur les maladies du poumon d'origine non tuberculeuse ; 2° au nom de M. le Dr Moricourt, ancien interne des hôpitaux, une observation manuscrite de guérison de pied-bot par l'application d'une armature de cuivre pendant une heure, puis une observation d'hystérie guérie par l'argent intus et l'or extra.

Elections. — L'Académie procède à l'élection d'un membre associé national.

Au premier tour de scrutin, sur 56 votants, majorité 29, M. Parise est nommé par 45 suffrages contre 10 donnés à M. Tourdes.

L'Académie procède à l'élection d'un correspondant étranger dans la deuxième division. M. Deroubaix, de Bruxelles, est élu par 48 suffrages contre 7 à M. Krassowski.

Sont nommés en outre membres des commissions :

Epidémies : MM. Goubaux, Lancereaux. *Eaux minérales* : MM. C. Paul, Planchon. *Remèdes secrets* : MM. Lunier, Jungfleisch. *Vaccine* : MM. Blot, Charpentier. *Hygiène de l'enfance* : MM. Roger, de Villiers.

Rapport au ministre sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en 1883. — M. Blot expose les principaux points contenus dans ce rapport.

M. Jules Guérin fait à ce rapport deux objections : il demande qu'au lieu d'appeler le vaccin un moyen certain d'empêcher le développement de la variole, le rapporteur l'appelle le moyen par excellence : en second lieu, il demande que le rapport, en rappelant au ministre que l'Académie a voté le principe de la vaccination obligatoire, mentionne ce fait que 19 membres ont voté contre.

Prix Civrieux. — M. Charcot lit un rapport sur l'unique travail envoyé pour le prix Civrieux (1883). Le sujet était : « Paralysies et contractures hystériques ».

Note sur la ponction suivie de lavages phéniqués dans les épanchements du genou. — M. Delens a employé huit fois ce traitement pendant l'année 1883. Les injections iodées qu'il avait fait jusqu'alors n'avaient causé aucun accident, mais elles n'avaient pu amener la disparition complète du liquide. Chez les huit malades qu'il a soignés par des lavages phéniqués, M. Delens a eu sept fois un résultat complet. Dans le huitième cas, il y a eu suppuration de l'articulation du genou, mais ce malade n'a pas été suivi, et M. Delens ne sait s'il faut attribuer cette suppuration au mode de traitement.

M. Delens emploie tantôt la solution forte à 5 p. 0|0, tantôt la solution faible à 2,50 p. %. (Comm. : MM. Verneuil, Trélat, (Cusco).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 décembre 1884. — Présidence de M. MARC SÉE.

Fistules uréthro-péniennes. — Rapport de M. TILLAUX sur un travail de M. Robert, du Val-de-Grâce.

L'observation qui a été le point de départ de ce travail est relative à une fistule uréthro-pénienne consécutive à une striction prolongée de la verge par un anneau métallique. La perte de substance mesurait une longueur de 1 cent.

Après disparition des phénomènes inflammatoires, M. Robert pratiqua une uréthroplastie à double plan de lambeau ; deux lambeaux pris sur les bords de la fistule, renversés et réunis sur la ligne médiane, la face cutanée destinée à former la paroi absente de l'urèthre, un lambeau pris en arrière de la fistule attirée en avant pour recouvrir la surface cruentée des deux lambeaux latéraux.

La réunion ne fut pas totale ; une fistule de deux millim. persista ; le malade avait conservé une sonde à demeure pendant tout le temps de la cicatrisation.

M. TILLAUX pense que la raison de l'échec habituel dans les cas de ce genre est le contact de l'urine avec la plaie. Cet inconvénient n'est pas évité même avec la sonde à demeure, qui amène, de plus, de l'uréthrite et la suppuration des lambeaux. Il serait préférable de sonder les malades avec des sondes molles chaque fois qu'il est nécessaire, ou bien on peut avoir recours à la ponction hypogastrique, moyen inoffensif pendant 4 ou 5 jours.

M. VERNEUIL remarque que l'uréthroplastie échoue d'une manière presque constante.

L'uréthroplastie avec large avivement des bords de la plaie lui est bien supérieure. Le contact de l'urine avec la plaie n'est à redouter que lorsque cette urine est altérée ; on peut en donner comme preuve évidente la cure des fistules vésico-vaginales.

M. BERGER estime que dans la pratique il sera difficile d'utiliser la ponction hypogastrique dans l'uréthroplastie ou l'uréthrorrhaphie, parce que les malades seront rarement assez dociles pour résister à l'envie d'uriner et attendre qu'on vienne leur faire cette ponction.

M. TH. ANGER a pratiqué récemment une uréthrorrhaphie chez un enfant de 8 ans ; il n'a pas mis de sonde à demeure et a laissé uriner naturellement son petit malade ; la cicatrisation a été obtenue dans la presque totalité de la plaie.

Chez l'enfant, la ponction hypogastrique serait en pareil cas impraticable.

M. GILLETTE a fait trois uréthrorrhaphies : dans la première, la son- à demeure fut chassée par une violente contraction vésicale et les ures détruites. Dans les deux autres cas, les malades urinèrent à .r gré et le résultat fut très satisfaisant.

M. TILLAUX ne conseille pas la ponction hypogastrique comme règle

générale, c'est une ressource précieuse dans certains cas. En ce qui concerne l'uréthrorrhaphie et l'uréthroplastie, il n'y a pas de parallèle à faire entre ces deux méthodes ; on ne choisit la seconde que quand la première est impraticable à cause de la grande étendue de la perte de substance et des impossibilités matérielles.

Cancer du corps thyroïde. — M. Marchand lit une observation de thyroïdectomie pour cancer. Il s'agit d'une femme de 32 ans, âge jeune pour ces sortes de tumeurs ; l'évolution avait été relativement lente, puisque la tumeur avait mis dix-huit mois environ pour acquérir le volume d'un œuf ; ni douleurs locales, ni à distance, pas de dysphagie, mais du cornage et de la dyspnée devenant paroxystique. La tumeur était volumineuse. L'opération fut faite le 18 août 1883, et dura trois quarts d'heure. L'examen histologique vérifia le diagnostic de cancer. Or, aujourd'hui, seize mois après l'opération, il n'y a pas de récidive.

Hydarthrose tuberculeuse.— Sur un malade mort de méningite tuberculeuse, M. Poulet a trouvé, dans la synoviale du genou, des granulations tuberculeuses très abondantes. Ce genou était le siège d'un très considérable épanchement pendant la vie.

Le diagnostic de ces hydarthroses est très difficile à faire et partant tout à fait hasardeuse l'opération de grattage de la synoviale conseillée par quelques chirurgiens étrangers.

M. Poulet, toujours par l'organe de M. Chauvel, envoie une observation de subluxation des cinq métacarpiens en avant sur le corps.

Elections de commissions.

Prix Laborie. — MM. Le Dentu, Terrillon, Marchand, Delens, Chauvel.

Prix Duval. — MM. Marjolin, Nicaise, Berger, Bouilly, Pozzi.

Séance du 17 décembre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Kystes de l'ovaire et tumeurs fibreuses de l'utérus. — M. Terrier fait un rapport sur une observation de M. Villeneuve (de Marseille). Il s'agit d'une malade atteinte en même temps d'un gros kyste de l'ovaire et de tumeurs fibreuses de l'utérus, M. Villeneuve pratique l'ovariotomie et laisse en place les tumeurs fibreuses. Deux ans après apparaît un nouveau kyste ovarique du côté opposé ; nouvelle ovariotomie, cette fois très difficile, parce que le kyste est entouré par les tumeurs fibreuses qui lui forment comme une coque périphérique.

Inoculabilité du bubon chancreux. — M. Horteloup lit une note sur l'adénite virulente qui accompagne le chancre mou. Il rappelle la communication faite récemment par M. Straus à la Société de biologie communication dans laquelle il affirme que le bubon du chancre mou n'est jamais directement virulent. Se basant sur ce fait que toute

virulence implique la présence de microbes, M. Straus, n'ayant jamais trouvé de microbes dans le pus d'aucun bubon, était conduit tout d'abord à admettre la non-virulence du bubon. Puis, ayant fait un certain nombre d'inoculations qui ont toutes été négatives, il en concluait que ses devanciers ont fait des expérimentations défectueuses. Cependant, sur 188 bubons inoculés, Ricord avait obtenu 43 résultats positifs. Pour répondre à cette objection de M. Straus que les expérimentations de ses devanciers sont toutes défectueuses, M. Horteloup communique l'observation suivante : Le 29 novembre entre dans son service de l'hôpital du Midi un jeune homme de vingt-huit ans qui portait un bubon consécutif à un chancre du frein. Ce bubon est ouvert le 29 novembre. Le pus de ce bubon est inoculé sur la peau de l'abdomen', à un centimètre de l'ombilic. Le point d'inoculation est recouvert d'un verre de montre ; pansement phéniqué. précautions antiseptiques les plus rigoureuses ; résultat négatif. Une nouvelle inoculation est pratiquée, exactement dans les mêmes conditions d'antisepsie à 1 centimètre de la première ; résultat positif Une troisième réinoculation, faite dans les mêmes conditions, donne également un résultal positif. Le même jour on pratique deux inoculations provenant d'un bubon simple ; résultat négatif.

M. Horteloup croit donc que M. Straus a été trompé par une série cliniquement heureuse. Il ne met pas en doute la virulence des bubons et il serait à craindre que, sur les résultats obtenus par M. Straus, on eût de la tendance à porter un pronostic trop bénin en présence d'un bubon.

Épilepsie spinale avec trépidation épileptoïde d'origine traumatique. — M. Poulet communique une observation d'épilepsie spinale avec trépidation épileptoïde du membre supérieur droit, consécutive à un traumatisme. Il s'agit d'un Arabe blessé au Tonkin par une balle qui lui a sectionné le médian et une partie du cubital au pli du coude. Les trépidations présentent cette singularité qu'elles ont débuté au moment de la blessure. L'élongation des branches terminales du plexus brachial à la sortie de l'aisselle a amené la disparition complète de la trépidation épileptoïde.

De l'albuminurie après l'administration du chloroforme. — M. Terrier, en son nom et au nom de M. Patin, pharmacien en chef de l'hôpital Bichat, fait une communication sur la présence de l'albumine avant et après l'administration du chloroforme. Ayant examiné des urines avant et après des opérations avec anesthésie par le chloroforme, MM. Terrier et Patin ont constaté 6 fois sur 9 la présence de l'albumine à la suite de ces opérations. Ils ont également remarqué que cette albuminurie était plus en rapport avec l'anesthésie elle-même qu'avec la durée de cette anesthésie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU IXe ARRONDISSENT DE PARIS.

Séance du 11 Décembre 1884,

Présidence de M. Hervé de Lavaur.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr de Villiers, remerciant la Société de lui avoir accordé le titre de membre honoraire ;

2° Une lettre de M. le Dr Rey, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. le Dr Ozenne, demandant le titre de membre honoraire, sur le patronage de MM. Blum et Delefosse.

M. Dehenne fait une communication sur l'*emploi du chlorhydrate de cocaïne dans les affections oculaires.* (1)

M. de Beauvais demande si les mouvements de clignement sont supprimés avec l'emploi de ce médicament.

M. Dehenne répond affirmativement et donne quelques explications sur la manière dont le Dr Keller, de Vienne, a fait la découverte de l'anesthésie oculaire par le chlorhydrate de cocaïne.

M. de Beauvais est très heureux des explications données par son collègue M. Dehenne, et pense qu'il serait désirable que le chlorhydrate de cocaïne remplaçât l'atropine, qui produit des accidents rares, il est vrai, mais très sérieux, l'inflammation de la conjonctive chez les enfants strumeux surtout.

M. Dubuc, à propos des effets des accidents de l'atropine, cite un cas où des applications sur l'œil de compresses trempées dans un extrait de belladone produisirent presque des attaques de folie chez une dame.

M. dé Beauvais, à propos d'un accident arrivé à un pharmacien par suite d'absorption d'atropine, a fait un travail où il a passé en revue tous les midriatiques et les accidents produits par l'atropine et ses succédanés.

De l'urticaire. — M. Piogey (G.).— Vous savez combien l'urticaire est rebelle chez certaines personnes : il est ordinairement

(1) Ce travail a été publié dans le numéro 24, du 13 décembre 1883.

produit par l'ingestion de moules, de harengs, huîtres, etc. — Je vous demande la permission de vous exposer un fait se rattachant à cette maladie et qui m'a paru avoir de l'intérêt au point de vue thérapeutique.

Dernièrement, j'étais appelé auprès d'une dame de 53 ans pour un urticaire généralisé et occupant aussi le pharynx; il existait une demangeaison intolérable et, malgré mes questions, il me fut impossible d'en découvrir la cause. J'ordonnai un vomitif qui n'amena qu'une amélioration passagère : dans la nuit suivante il y eut un état d'exaltation porté au paroxysme : je prescrivis du sulfate de quinine qui n'amena aucune amélioration : aucun résultat avec la belladone.

Une injection de morphine calma un peu la malade, mais bien peu : l'urticaire persistant toujours, j'eus recours à une solution de pilocarpine de 2 centigr. (10 centigr, pour 10 gr.) il y eut après une amélioration générale ; le lendemain deuxième injection ; l'amélioration, continue : enfin, le surlendemain, avec une troisième injection, la malade fut guérie et depuis un mois cet urticaire n'a plus reparu.

Voilà donc une malade chez laquelle aucune médication n'avait pu dompter l'urticaire et qui a été guérie par trois injections sous-cutanées de pilocarpine.

M. Rougon. — Je rappellerai que pour guérir l'urticaire, surtout d'origine asthmatique, M. Noël Gueuau de Mussy s'est servi avec succès du jaborandi. — En outre Archambault indiquait que l'emploi de ce médicament produisait un état d'affaissement dont on a beaucoup de peine à se remettre, surtout chez les goutteux. Ces urticaires à origine difficile à trouver, sont quelquefois dus à une diathèse unique qui dégénère plus tard en gravelle ou en goutte.

M. de Beauvais. — J'ajouterai qu'il a été considéré comme mauvais d'employer les opiacés et la belladone dans les cas d'urticaire : un phénomène qui n'a pas été signalé, c'est le gonflement de la langue avec phénomènes asphyxiques.

M. Dehenne. — J'ai employé très souvent la pilocarpine à la dose de 2 centigr. ; je n'ai jamais eu d'accidents sérieux, mais il faut bien observer que si le malade n'est pas à jeun, et qu'il absorbe de la pilocarpine il peut être pris de syncopes et d'accidents véritablement terrifiants : la pilocarpine doit être injectée

le malade étant à jeun. Quant à l'absorption du médicament par la voie stomacale, je vous demande la permission de rapporter un fait qui m'a frappé.— Je soignais une personne pour des corps flottants et je lui faisais tous les matins une injection hypodermiqne de pilocarpine ; un matin, au lieu du coquetier dans lequel je versais la solution, je pris un verre à liqueur, puis je remis le surplus dans la bouteille : il restait peut-être 5 à 6 gouttes de la solution au fond du verre : dans la matinée, le malade, désirant prendre du cognac, en versa dans ce verre et l'avala : quelques heures après, il fut pris d'accidents, semblables à ceux que je viens de décrire, qui furent passagers et que j'attribue au médicament.

— Une commission est nommée pour examiner la candidature de M. Ozenne : MM. Rougon, Chipier et E. Piogey, rapporteur.

— Il est procédé à l'élection du bureau pour l'année 1885. Sont nommés à l'unanimité :

M. de Beauvais, président,
M. Boucomont, vice-président,
M. Delefosse, secrétaire général,
M. Rey, secrétaire annuel,
M. Nitot, secrétaire annuel adjoint,
M. G. Piogey, trésorier.
Conseil de famille, MM. Hervé de Lavaur, Rougon.
La séance est levée à 10 h. 1/2.

Le secrétaire général,
Dr Delefosse.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André ;
Maison spéciale pour journaux et Revues.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

132. — Bonne clientèle médicale à vendre dans un chef-lieu de canton de l'Yonne. Communes rapprochées, routes faciles, chemin de fer, pas de pharmacien. — Toutes facilités pour le paiement. Le titulaire désire vendre *par raison de santé*. — S'adresser au bureau du journal.

131. — Un confrère désirerait reprendre à Paris dans un quartier du central, une clientèle d'un produit de 25 à 30.000 francs. — S'adresser au *bureau* du journal.

130. — Bon poste médical à prendre *de suite*, par suite de décès du titulaire dans un chef lieu de canton de l'Eure. Situation exceptionnelle produisant 10.000 fr. et susceptible d'augmentation. — S'adresser au bureau du journal.

129. — Un confrère républicain offre à un docteur également libéral une clientèle gratuite d'un rapport de 7000 fr. (plus le fixe de 1100 fr.) qui augmentera très rapidement. S'adresser à MM. Mousnier et Dampierre, pharmaciens à Sceaux (Seine).

128. — Sarthe. — A céder, un poste médical dans un chef-lieu de canton. Résidence agréable. 2 médecins, pas de pharmacien. Rapport de 4.000 fr., qui peut donner plus. — S'adresser à M. Masson, 6, rue Git-le-Cœur. —

127. — Bon poste médical à prendre à Saint-Martin-de-Bossenay, centre de 10 villages, n'ayant ni médecin ni pharmacien, à moins de 10 kilomètres, à 4 heures de Paris, bureau de poste, belles routes en tous sens, charmante habitation à louer avec belles eaux de source. — Ecrire à M. Boudard, propriétaire à Saint-Martin-de-Bossenay (Aube).

126. — Haute-Marne. — A prendre de suite un poste de campagne. très ancien, clientèle facile. Produit 5 à 6,000 fr. On louerait ou on vendrait *la maison*, qui depuis très longtemps a été occupée par les médecins du pays. — S'adresser à M Guilourt, à Blaise.

125. — Haute-Marne. — Un chef-lieu de canton autour duquel se trouvent groupées plusieurs communes, le tout formant une population de 1.500 habitants, demande un médecin. — S'adresser pour renseignements à la Mairie de Juzennecourt.

124. — Seine-et-Marne. — Bon poste à prendre à Touquin, commune de 800 habitants ; plusieurs villages aux environs sans médecins. Ces communes réunies font un fixe de 800 fr., chemin de l'Est, 2 correspondances *par jour*. — S'adresser à M. Simon, maire ou à M. Foizet, conseiller municipal.

23. — Clientèle médicale d'un rapport de 8,000 francs à prendre gratuitement, conditions, acquérir ou prendre à bail la maison du cédant. — S'adresser à M. Martin de Magny, à l'Isle-Jourdan.

122. — Poste médical vacant à prendre de suite, dans un centre traversé par 3 lignes ferrées, à 3 heures de Paris, occasion rare et excellente et pour un jeune docteur disposant de peu de fortune. — S'adresser en toute confiance à M. E. Collet, 45, avenue de l'Observatoire. En cas d'absence, prière de laisser sa carte chez le concierge.

120. — A céder de suite, après décès, clientèle de médecin, dans un quartier riche de Paris, avec mobilier, livres, instruments, etc., avec ou sans bail. — S'adresser à M. Albert Morin, 13, rue du Cherche-Midi, de 11 h. à midi ou par correspondance.

119. — Poste médical à prendre dans l'Indre. Population de 5 à 6.000 habitants dans un rayon de 5 kilom. Produit de 7 à 8.000 fr. Il n'y a pas de pharmacien dans la contrée. S'adresser au bureau du journal.

118. — A céder *de suite*, dans la Marne, et moyennant une demi-annuité seulement, excellent poste médical, d'un *produit net* de 10.000 fr. — S'adresser au bureau du journal.

117. — *A céder*, dans de bonnes conditions, une *clinique ophthalmologique* fondée depuis 12 ans, située dans un bon quartier de Paris et extrêmement fréquentée. — S'adresser au bureau du journal.

116. — Pour cause de santé, clientèle médicale à céder gratuitement dans un quartier agréable de Paris. — S'adresser à M. le Dr Simard, 3, rue Geoffroy-Marie.

WS

. — T. VIII. N° 2 10 Janvier 1885.

NAL DE MÉDECINE DE PARIS

générale de la presse médicale française et étrangère.

e.
est
au
ps.
cu-
lent
ons
ala-
ses
ves
ac-
io-
ie.
éts
un
os
ns
er
us
p
ar
is

BULLETIN

MIE DE MÉDECINE : DISCOURS DE M. ALPHONSE RIN ; COMMUNICATION DE M. MARC SÉE ET DU OZNINSKI ; RAPPORT DE M. E. BESNIER.

quittant le fauteuil de la présidence, M. A. Guérin a pro- un discours qui aurait paru excellent — parce qu'il l'é- effet, bien qu'un peu long, — s'il avait pu être débité par orte quel autre membre du Bureau. Il a profité de son au- de président pour rappeler aux présentateurs d'ouvrages s ne doivent pas abuser de la circonstance pour faire de s comptes-rendus qui empiètent sur l'ordre du jour, etc.

FEUILLETON

EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE SUR UN PRÉTENDU OUTRAGE A LA PUDEUR.

Par le Dr Parrant (de Toulouse).

1° Quoique très petit de taille et d'apparence chétive, X... st cependant assez bien constitué. Il a une vigueur suffi- ante et ne porte trace d'aucune altération osseuse essentielle u de lésions importantes des principaux organes de la vie. Mais il a une infirmité grave : il est atteint d'incontinence l'urine.

D'après les renseignements donnés, cette infirmité est an- cienne ; elle remonte au bas âge. Elle a pu trouver sa cause dans une maladie de la vessie, ou dans la faiblesse native de

Voilà qui est très bien mais puisque telle était l'opinion de M. Alph. Guérin, que ne la formulait-il aussi nettement il y a un an ?...

Le Dr Pozninski (de Vilna) a communiqué une note sur le ralentissement du pouls dans la période prémonitoire du choléra. Reste à savoir s'il n'en sera pas de ce prodrome comme de la diarrhée qui a manqué dans tant de cas.

M. Marc Sée a lu une note sur les pansements rares, ou plutôt sur la possibilité de ne faire qu'un seul pansement antiseptique. Les faits qu'il a observés semblent montrer qu'avec les moyens dont la chirurgie dispose aujourd'hui, ce résultat finira par être obtenu dans la plupart des cas.

Enfin M. E. Besnier a donné lecture de son rapport sur le prix Vernois, rapport très bien présenté et dans lequel le savant académicien a fait valoir les mérites respectifs des trois concurrents. Ce rapport a été accueilli par de chaleureux applaudissements.

---

la constitution, ou dans un défaut de surveillance de la part des parents. Actuellement elle est invétérée et probablement incurable. X... ne peut pas retenir son urine, qui s'échappe spontanément dès qu'il en a une petite quantité dans la vessie.

2° L'incontinence d'urine n'est jamais une cause absolue de. masturbation, mais elle peut, comme dans le cas présent, conduire à des actes au sujet desquels peuvent être induits en erreur ceux qui en sont témoins. En d'autres termes, il y a bien réellement une relation de cause à effet entre l'incontinence d'urine dont X... est affligé et les actes qui lui sont reprochés Mais on regarde à tort comme étant de la masturbation ces actes d'après lesquels il prend fréquemment son pénis avec les mains, le secoue, et même lui donne des mouvements d'ex

REVUE CLINIQUE

—

DE LA VALEUR DES ALTÉRATIONS DU REIN CONSÉCUTIVES AUX CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS POUR LES INDICATIONS ET LE PRONOSTIC DE L'HYSTÉROTOMIE.

Par le Dr S. Pozzi.

Il est très fréquent de voir survenir, pendant le cours d'un cancer de l'utérus, de l'urémie et des accidents urémiques qui parfois même emportent la malade. Cela s'explique assez aisément quand on songe aux rapports intimes qu'affectent les uretères avec l'utérus. Ces conduits sont comprimés, ils s'enflamment et se dilatent, il se forme une hydronéphrose qui peut suppurer, le rein se détruit peu à peu et les accidents urémiques surviennent. Mais il n'y a pas que le cancer qui puisse déterminer des accidents de ce genre, les corps fibreux peuvent être souvent incriminés et il n'est pas jusqu'aux déviations utérines, antéversion, rétroversion, prolapsus, qui ne puissent sinon amener des complications graves, du moins comprimer légèrement les uretères et donner lieu à des troubles nutritifs et à des phénomènes gastralgiques qu'on attribue le plus souvent à d'au-

---

tension. Ces actes s'expliquent fort bien par son infirmité ; ils sont naturels, spontanés, irréfléchis, et ont leur raison d'être. Pour empêcher l'urine de s'écouler, X... prend sont pénis à pleine main, il le soulève, le contourne et produit ainsi une occlusion de l'urèthre qui empêche l'émission involontaire du liquide. Ou bien, pour mieux vider la vessie au moment où il urine et éloigner ainsi le moment d'une nouvelle émission involontaire, il allonge le pénis, ce qui, dans une certaine mesure, atténue les courbures de l'urèthre et favorise une plus complète évacuation de la vessie. Enfin, il faut tenir compte de e particularité, que la souillure permanente du gland par ne amène en ce point de l'irritation, un chatouillement, rurit, qui sont encore pour l'infirme une excitation aux hements des organes génitaux. Tous ces actes, lorsqu'on

tres causes. La compression du corps fibreux ne s'exerce pas toujours sur les uretères, elle porte quelquefois sur la vessie, sur le bas fond ou le col, et l'auteur en cite une très intéressante observation due à M. Budin. L'effet est plus lent à se faire sentir, mais bientôt la rétention de l'urine dans la vessie retentit sur les canaux excréteurs des reins qu'elle empêche de se vider, puis sur les reins eux-mêmes.

La compression ne donne pas toujours lieu, heureusement, à des accidents aussi graves, et souvent on n'observe que des phénomènes atténués d'urémie et principalement des vomissements, lorsque l'excrétion de l'urine est plus ou moins gênée par la présence d'un corps fibreux. La rétention d'urine est souvent incomplète ou intermittente, mais elle peut être si persistante et si pénible qu'elle devient une véritable indication d'intervention chirurgicale. Pourra-t-on arriver à diagnostiquer sûrement la compression des uretères par l'examen de l'urine ?

Peut-être y arrivera-t-on ; mais aujourd'hui c'est surtout d'après les phénomènes rationnels et les phénomènes bien connus de l'urémie lente que le chirurgien fixe son diagnostic.

L'auteur n'hésiterait pas à voir dans des symptômes de ce genre, gastriques ou pulmonaires bien avérés, quelque atté-

---

ne les regarde pas de près, lorsqu'on n'en peut apprécier la cause, peuvent fort bien être pris pour de la masturbation. Aussi sommes-nous convaincus que dans le cas présent les témoins ont été induits en erreur. Ils ont pu d'autant mieux se tromper qu'ils étaient loin de l'inculpé lorsqu'ils l'ont vu accomplir ces actes. La déposition de l'un d'eux est même assez significative dans ce sens : « J'ai vu, dit ce témoin, X... marchant sur un chemin ; il tenait son membre viril à la main. » Ce témoin en conclut qu'il se masturbait. Non, il ne se masturbait pas ; il accomplissait un des actes dont nous avons parlé et que nous lui avons vu souvent reproduire, d'une manière machinale, dans les visites que nous lui avons faites. D'ailleurs, la masturbation pendant la marche nous paraît bien difficile à pratiquer.

nués qu'ils fussent d'ailleurs, une indication formelle d'intervention immédiate.

Temporiser, ce serait compromettre le succès de toute opération ultérieure, car le traumatisme offre une gravité excessive toutes les fois que l'appareil rénal est sérieusement atteint. Il ne faut pas oublier non plus que l'anesthésie opératoire, qui est toujours longue dans l'hystérotomie, exagérera les troubles rénaux chez les opérées. Le chloroforme agit sur l'épithélium rénal et ajoute ainsi une gêne nouvelle à l'élimination des matériaux de l'urine. Enfin, il ne faut pas oublier la part considérable qui peut revenir au système nerveux et aux actions réflexes paralysantes, parties du champ opératoire ou traumatique, soit que cette action agisse seule, soit qu'elle vienne se joindre en les aggravant aux autres causes d'urémie.

Tout cela suffit pour expliquer la gravité de l'hystérotomie toutes les fois qu'une complication rénale pourra être soupçonnée, quelle que soit du reste la lésion. La suppuration de l'hydronéphrose est elle de nature à faire reculer l'opérateur? M. Pozzi ne le pense pas, surtout lorsque l'absence d'albumine dans l'urine permet de croire à l'intégrité du rein demeuré intacte. L'auteur rapporte à l'appui une très intéressante observation d'hystérotomie chez une femme atteinte de corps fibreux de l'utérus compliqué d'hydronéphrose suppu-

---

Nous ne nous portons pas pour cela garants de la moralité de X..., mais nous sommes d'avis que les faits dont on lui demande compte ont été mal interprétés et ne doivent pas constituer un outrage public à la pudeur.

3° Après long examen, nous n'avons trouvé chez le prévenu aucun signe de trouble mental, aucune oblitération réelle des facultés d'esprit. Il est d'intelligence moyenne et se rend fort bien compte de ce dont on lui parle, ainsi que de sa situation.

4° Nous n'avons trouvé ni dans le dossier, ni dans l'examen du prévenu, des indices d'oblitération antérieure des facultés ...ales. X... a dû être précédemment tel que nous l'avons

...i, dans le passé, X... a commis des actes délictueux, il en ...sponsable.

rée adhérente au corps fibreux, où il opéra en deux fois, d'abord le corps fibreux, puis plus tard l'hydronéphrose, opérations qui furent suivies de guérison.

L'auteur résume ainsi les conclusions de son étude :

1° La compression de la vessie et des uretères est une complication fréquente des corps fibreux de l'utérus, même de médiocre volume. Elle peut entraîner assez rapidement des altérations graves des reins (hydronéphrose, kyste, sclérose, dégénérescence scléreuse).

2° Cette compression, lorsqu'elle agit sur la vessie, est assez facilement reconnue. Il n'en est pas de même lorsqu'elle porte sur les uretères ; le plus souvent on ne peut que la soupçonner avant qu'elle n'ait amené la lésion des reins et des troubles dans la constitution normale de l'urine (albuminurie).

3° La compression de la vessie ou des uretères doit peser d'un grand poids parmi les indications opératoires et peut déterminer à elle seule une intervention hâtive du chirurgien.

4° Dans le cas d'hydronéphrose, l'indication opératoire est particulièrement pressante, vu le danger qui menace le seul rein demeuré plus ou moins intact. Le traitement de ces cas complexes sera rendu moins grave en divisant l'action opératoire.

Une particularité curieuse du résultat auquel arrivait notre expertise, c'était d'être à la fois favorable et défavorable aux conclusions du défenseur de X... Il croyait que son client devait être déclaré irresponsable pour oblitération des facultés d'esprit. De ce côté nous le reconnaissions responsable, mais nous reconnaissions que les actes incriminés avaient été mal interprétés, et que X... n'était pas réellement coupable d'avoir commis des outrages publics à la pudeur.

L'affaire ayant été ramenée devant le tribunal, nous eûmes à entendre les dépositions orales et les explications des témoins qui continuaient à soutenir la culpabilité de X... Nous leur fîmes poser des questions qui mirent leur erreur en évidence.

Comme tous s'étaient trouvés assez éloignés de X... (plusieurs mètres) au moment où ils l'avaient vu accomplir ses ac-

L'hystérotomie sera d'abord pratiquée, et après sa guérison, on pourra s'attaquer au kyste.

5° Le pronostic de l'hystérotomie est considérablement aggravé lorsque l'analyse des urines aura permis de diagnostiquer une altération rénale. Si celle-ci est très avancée (maladie de Bright confirmée), elle deviendra une contre-indication formelle à l'opération ; il n'en sera pas de même d'un très léger degré d'albuminerie. (*Annales de gynécologie*. Juillet 1884.)

Dr Ad. OLIVIER.

DE LA FISTULE HÉPATO-PULMONAIRE.

L'établissement d'une communication entre les voies biliaires et les voies aériennes est un fait très rare, à ce point que le docteur Morse, dans sa thèse d'agrégation sur la complication de la lithiase biliaire, n'en a réuni que six cas après de consciencieuses recherches dans la littérature médicale française et étrangère. Aussi nous a-t-il paru intéressant de publier in extenso l'observation suivante que nous devons à l'obligeance de notre ami le Docteur Grandvaux, observation d'autant plus remarquable que le malade survit, ce qui ne s'est produit qu'une seule fois (cas de Laboulbène) dans les 6 observations déjà publiées et que nous avons très brièvement résumées plus loin.

---

les, nous leur fîmes demander comment ils avaient compris que l'inculpé se masturbait. Ils répondirent que c'était parce qu'ils avaient vu quelque chose de blanc sortir du pénis. Il n'y avait pas de doute possible ; c'est l'urine qu'ils avaient vu sortir en petite quantité, et non pas autre chose. Cela devenait d'autant plus certain que, dans la salle d'audience, devant le tribunal, X... accomplissait, là encore, involontairement, les mêmes actes, et, soutenant, manipulant son membre viril, en laissait écouler quelques gouttes d'urine qui, même à la ...nce d'un mètre, pouvaient fort bien être prises pour du ...me.

...ns ces conditions, X... fut déclaré non coupable.

X, âgé de 17 ans, n'a eu aucune maladie dans son enfance.

Les grands parents maternels sont encore vivants, les grands parents paternels ont succombé à des affections de poitrine. Le père et la mère ont toujours joui et jouissent actuellement d'une excellente santé. Ils n'ont eu que ce seul enfant qui paraît d'une intelligence remarquable.

En 1878, il fut atteint, au moment de l'Exposition, d'une fièvre scarlatine sans complications et qui parut ne laisser aucunes traces. Il se rétablit parfaitement. L'année dernière, au mois de mai 1881, il commença à éprouver des douleurs dans l'hypocondre droit accompagnées d'ictère, puis à la suite se déclarèrent de violents accès de coliques hépatiques, qui le forcèrent à suspendre complètement ses études (il était alors boursier dans une école du gouvernement). Il se remit assez bien de cette première alerte et en juillet et septembre alla passer quelque temps au bord de la mer. A la suite d'une promenade en mer par un gros temps il eut une nouvelle attaque de coliques hépatiques et fut obligé de revenir à Paris. Tout alla bien jusqu'au mois de novembre de la même année. Alors, il commença à tousser tout en se plaignant de douleurs sourdes au côté droit et à l'épaule du même côté. A l'auscultation on constata à cette époque, à la base du poumon droit, les signes d'une pleurésie ancienne sèche, sans épanchement, avec insuffisance du murmure respiratoire, quelques râles fins et *de légers craquements* au sommet droit ; matité étendue de tout le côté droit et gros râles ronflants à la base du poumon ; rien d'anormal dans la respiration du côté gauche.

Des révulsifs furent employés, mais sans résultat. Le volume du foie était normal, peu de douleurs à la percussion. Le malade se plaignait en même temps de palpitations violentes, et l'auscultation du cœur vint révéler la présence d'un souffle caractéristique d'une lésion mitrale. L'emploi de la digitale à l'intérieur, de révulsifs dans la région cardiaque, ensuite du bromure de potassium à la dose de 2 gr., amène une légère amélioration dans la fréquence des battements du cœur. Le malade ne put cependant reprendre le cours de ses études et passa les premiers mois de l'année 1882 en s'affaiblissant de plus en plus, avec quelques alternatives de bien-être. Il commença bientôt à cracher quelques filets de sang dans les fortes quintes de toux, mais cependant à de rares intervalles, lorsque le 1er août 1882, à 6 heures du matin, après avoir passé une nuit très agitée, il rendit le sang à flots. Je fus appelé et trouvai le malade, le visage pâle et exsangue, le pouls petit et à peine sensible, le corps couvert de sueurs froides, enfin tous les signes carac—

téristiques d'une hémorrhagie abondante. Je prescrivis une potion au sirop de ratanhia additionné d'Eau de Ralet, 5 gr., la glace à l'intérieur et des boissons froides. — Deux jours après, le malade se trouvait dans un mieux relatif, l'expectoration très considérable était moins rouillée, mais présentait encore quelques filets de sang ; le quatrième jour, le sang avait totalement disparu des crachats. Mais le patient était d'une si grande faiblesse, qu'il ne pouvait se coucher et était obligé de dormir assis sur son lit maintenu par des oreillers ou accoudé sur ses genoux. Dès qu'il commençait à sommeiller, la respiration devenait si oppressée qu'il paraissait devoir suffoquer à tout instant. Le moindre mouvement amenait une quinte. — A l'auscultation, on observe une respiration très difficile avec des râles ronflants dans toute la poitrine et à la base du poumon droit, du souffle avec des ronchies bronchiques. — A la percussion : matité étendue dans tout le côté droit de la poitrine, plus marquée à la base qu'au sommet.

Peu à peu les crachats se modifièrent et de rougeâtres qu'ils étaient les premiers jours devinrent couleur jaune de chrôme et beaucoup plus abondants. L'enfant eut alors de véritables vomiques assez fréquentes, huit à dix fois par jour. Alors il lui sort par la bouche et par le nez, et cela sans *nausées*, un flux très abondant de matières jaunâtres, tachant fortement le linge et les draps en jaune et ressemblant à des matières bilieuses. Le malade prétend que la saveur détestable au goût est comparable à du fiel de poulet et aussi âmère que de la bile. Chaque vomique contient environ 40 à 50 gr. de liquide dans lequel surnagent quelques crachats.

Etonné de voir ces vomiques persister et toujours avec la même abondance, je pensai à une communication du foie avec le poumon droit. Je procédai à l'analyse du liquide expectoré au moyen de réactifs : acide nitrique, liqueur de Fehling, potasse caustique, alcool,qui donnèrent les résultats suivants :

Très peu d'albumine, pas de sucre, les éléments de la bile en abondance caractérisés par un précipité verdâtre très abondant par l'acide nitrique, avec une zone bleue (bili-fulvine) et une zone rouge (bili-rubine), très peu épaisse au-déssous de la zone verte (bili-verdine).

Comme les vomissements d'ingesta avaient lieu après chaque repas, je conseillai l'eau de Vichy, l'élixir de pepsine et la liqueur de Fowler en augmentant progressivement les doses. A fin septembre l'amélioration était considérable. Au 20 octobre je constatai de la matité hépatique sur une étendue de sept centimètres en avant sur la ligne mamelonnaire et à treize cent. et demi en

arrière sous l'épine de l'omoplate : abolitions des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire. — Aujourd'hui 20 octobre, le malade n'est plus alité, il se lève toute la journée, l'appétit et le sommeil sont revenus, les douleurs qui s'irradiaient dans tout le côté droit, ainsi que la toux, ont disparu. L'état général est excellent à tous les points de vue.

Le malade revint me consulter à la fin de novembre 1882 ; de nouvelles expectorations bilieuses s'étaient déclarées dans la nuit du 20 novembre. Il se trouve réveillé vers 4 heures du matin par une toux persistante à laquelle il ne peut assigner aucune cause (pas d'excès de fatigues, pas de refroidissement les jours précédents). Les premiers crachats expectorés sont jaunes et identiques comme saveur aux précédentes expectorations. — Vers les 3 heures du soir, il se produit une modification, les crachats deviennent rouillés, puis il expectore du sang presque pur ; cela dure environ une demi-heure. Ensuite l'expectoration redevient jaunâtre et continue ainsi jusqu'au 24 novembre. — Le malade n'a perdu ni l'appétit, ni le sommeil.

Tout se passa bien dès lors jusqu'en janvier 1883, où dans la nuit du 4 ou 5 à une h eure du matin il fut pris de picotements à la gorge qui le réveillèrent brusquement, puis après quelques expectorations jaunâtres, il se rendormit. Dans les jours qui suivirent, il fut pris à cinq où six reprises différentes de quintes de toux assez fortes, mais sans perdre l'appétit ni le sommeil. — A la percussion on constate de la matité étendue de deux travers de doigt au niveau des fausses côtes en arrière et à droite ; le foie est normal et indolore. — A l'auscultation, la respiration normale s'entend dans toute l'étendue de la poitrine. Même traitement intérieur.

Le malade continua à bien se porter jusqu'au 23 février 1883, lorsque ce jour, vers 5 heures du matin, il ressentit un malaise général dans tout le côté droit et eut de nouvelles expectorations jaunâtres identiques aux précédentes : à la percussion, la sonorité est conservée même à la base du poumon droit, où l'on trouvait toujours de la matité jusqu'alors ; le foie est normal, mais un peu douloureux. — La respiration est normale. L'appétit et le sommeil sont conservés. Eau de Vichy aux repas. — Eau de Pullna pour combattre la constipation.

Le malade revient me trouver en mai 1883. Depuis quelque temps déjà, les digestions étaient mauvaises, la constipation opiniâtre, lorsque le 20 mai, à son lever, il se sentit de légères douleurs frontales, la bouche pâteuse, quelques nausées ; il eut quelques frissons

dans la journée. Le jour suivant la céphalalgie et les frissons augmentèrent; le 22 mai il quitta tout travail ; le 23 mai le malaise persista avec un peu de fièvre (100 puls.) et de tendance au sommeil. Le malade se plaint dans l'hypocondre droit de douleurs sourdes s'irradiant dans tout le côté et jusque dans l'épaule droite : à la percussion submatité à la base du poumon droit ; le foie est douloureux à la pression et déborde d'un demi-travers de doigt les fausses côtes. A l'auscultation, un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire. — Le 25 mai vers 4 heures du soir, l'expectoration jaune commença, il eut même quelques vomiques ; la nuit fut agitée et mauvaise : cet état se continua jusqu'au lendemain 26 mai où cessa toute expectoration et où le sommeil revint. — Le 27 mai le mieux s'est accentué : la céphalalgie, les douleurs du côté droit et de l'épaule ont complètement disparu, le foie seul est resté un peu douloureux. — Le 4 juin, le malade est complètement remis, l'appétit et le sommeil sont complètement revenus, il a repris son travail et ne se ressent en aucune façon de cette nouvelle secousse.

Depuis cette époque, sa santé ne s'est pas démentie un seul instant, et son état général est excellent à tous les points de vue.

On voit que dans ce cas, qui paraît être d'origine calculeuse, une pleurésie bien constatée a précédé l'établissement de la fistule et servi d'intermédiaire entre les voies biliaires et bronchiques. Or dans les 6 cas que nous allons résumer, il n'a été constaté de pleurésie que dans les deux premiers cas, les seuls qui soient manifestement d'origine calculeuse. Nous nous contentons du reste de signaler cette coïncidence sans y attacher d'autre importance.

1° Cayley (*Pathological transactions*, t. XVII, p. 161, cité par Murchison (traduct. de Cyr, p. 506). Obstruction du canal cholédoque par un calcul dont on retrouve la loge à l'autopsie.

Mort par ictère grave. Communication entre la plèvre gauche, l'abcès périhépatique et un canalicule très dilaté perforé.

2° Legy. (Pathol. trans. XXV, cité par Cyr. Noté à la traduction de Murchison.)

Calculs biliaires dans le cholédoque. Abcès du foie s'ouvrant dans le péricarde et la plèvre.

3° Pasturaud. Bull. de la Soc. Anat. 1874. Péritonite périhépatique. Abcès entre le foie et le diaphragme ouvert dans les bronches (sans pleurésie). Vomique. Souffle amphorique. Bruit de succussion, tintement métallique dans la région hépatique.

4° Simmons. *Americ. Journ. of. medic.* oct. 1877. Abcès du foie ouvert dans la bronche droite.

5° La Boulbène. *Union médicale*, août 1875 et Pech. th. Paris 1879. Expectoration verte composée d'un liquide purulent mêlé de bile. Râles muqueux à la partie moyenne du poumon droit disparaissant après la toux et l'expectoration. Pas d'autopsie.

6° Rendu. *Bull. de la Soc. anat.* 1874. Kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches.

Tintement métallique et souffle amphorique dans la région hépatique.

Dans tous les cas où l'autopsie a révélé l'existence d'une fistule, c'est par l'intermédiaire d'un abcès hépatique ou périhépatique que la communication s'était établie d'une part avec les canalicules biliaires dilatés, d'autre part avec la plèvre et les bronches. Il est très probable qu'il en a été de même chez le jeune malade du docteur Grandvaux dont l'observation constitue une addition précieuse aux rares documents que nous possédons sur ce petit point de pathologie.

ENDOMÉTRITE GRANULEUSE, MÉTRORRHAGIES GRAVES, INJECTIONS HYPODERMIQUES DE CITRATE DE FER, GUÉRISON.

Par le Dr Ant. Martinetti.

Le 27 mai dernier, la nommée Faustine E., âgée de 46 ans, était reçue à la clinique gynécologique de Florence. L'aspect seul de la malade indiquait qu'il s'agissait d'un cas très grave, — décoloration de la peau et des muqueuses, étourdissements. — Des parties génitales s'écoulait un sang noirâtre, épais, qui salissait une serviette dans l'espace de 4 heures environ. — Fortes douleurs intra-pelviennes et lombo-sacrées.

La malade racontait que ses premières règles apparurent à 16 ans et s'accompagnèrent de violentes douleurs hypogastriques. — Les règles ne revinrent pas d'une année sans qu'il en résultât aucun trouble. — La fonction menstruelle s'établit alors d'une façon normale jusque dans ces derniers temps. — Mariée à 24 ans, elle devint enceinte huit fois dans l'espace de 14 ans ; la dernière grossesse remonte à 8 ans. — 7 accouchements normaux ; enfants à terme bien conformés ;— un accou-

chement abortif, et le dernier à 6 mois de grossesse sans cause pour expliquer cette terminaison dans la marche de la grossesse.

Les rapports conjugaux fréquents ont toujours été douloureux.

Depuis environ 4 ans, la malade remarque, pendant la période intermenstruelle, un écoulement leucorrhéïque, filant, limpide, inodore, qui rappelle le blanc d'œuf. — Dans ces derniers temps, les caractères de l'écoulement se sont modifiés : la couleur est devenue blanc-jaunâtre, l'odeur est prononcée ; il est devenu très abondant surtout pendant la saison chaude, — les règles sont aussi plus abondantes. La malade supporte sans se plaindre cet état sur l'assurance donnée par plusieurs médecins qu'elle n'est atteinte d'aucune maladie grave et que ces troubles fonctionnels disparaîtront spontanément. — Il en était ainsi quand, en janvier dernier, sans cause connue, se produisirent, durant deux jours, d'abondantes métrorrhagies sans aucune douleur ; les pertes de sang furent si abondantes que la femme fut prise de syncope et de refroidissement. Tamponnement avec solution astringente, glace sur le ventre ; les jours suivants, sang en moins grande quantité, de couleur noire. — Au bout de 6 jours, métrorrhagie grave. — Les pertes se répètent ainsi tantôt abondantes, tantôt légères.

Tampons hémostatiques, glace, vin et cognac.

Dans les premiers jours de mai, la malade est prise par intervalles de violentes douleurs à la région hypogastrique, qui irradiaient à la région lombo-sacrée et qui s'accompagnaient de nausées et parfois de vomissement. — Le sang qui s'écoulait renfermait quelques caillots, quelquefois du pus ; l'odeur en était fétide, nauséabonde.— C'est dans cet état que la malade entra à la clinique le 27 mai au soir.

A l'examen, qui fut pratiqué le lendemain, on nota une tuméfaction générale du ventre, sans modification de la sensibilité ; dans la zone utérine, la palpation réveille une douleur intense, aiguë. — Les organes génitaux externes sont bien conformés, baignés de sang ; rien à noter du côté du vagin, du col de l'utérus ; cet organe est dans sa situation normale, mobile, sensible, dur, plus gros transversalement que longitudinalement.

L'orifice externe. béant, laisse pénétrer la pulpe de l'index, et présente des traces de cicatrices anciennes ; la muqueuse du canal cervical semble recouverte de granulations, ce que confirme l'examen au spéculum qui la montre en outre d'une couleur vineuse prononcée. — L'hystéromètre donne 72 m/m de longueur.

Diagnostic : endométrite fongueuse. Le jour suivant, la perte de sang réapparait. — Introductions répétées dans la cavité utérine d'une sonde dont l'extrémité, enroulée de ouate, est trempée dans une solution d'acide chromique.— La perte, moins abondante continue. — Tamponnement de la cavité utérine avec des tampons de coton hydrophile trempés dans la solution normale de perchlorure de fer.—Le tampon est laissé cinq heures. — Le lendemain on en replace un 2me.

En même temps, traitement reconstituant. — L'estomac ne pouvant supporter que difficilement la nourriture, même le lait, le professeur Chiara ordonna de pratiquer des injections hypodermiques et mieux intra-musculaires dans la région des fesses de citrate de fer.

Citrate de fer......................	2 gr.
Eau distillée de laurier cerise........	20 —

Les trois premiers jours on fit une injection; le 4e deux inections; le 5e jour, sans cause connue, violent frisson d'une durée de 20 minutes : la température reste à 38,5; jusqu'au 13e jour la température oscilla entre 38,4 et 39,2, avec un seul jour d'apyrexie, le 8me ; — pendant ce temps, les injections de fer furent suspendues ; le 16e jour la température revint à la normale, le 17 on recommence les injections, une tous les jours de 10 centig.

La malade se rétablit à vue d'œil. — Elle peut s'asseoir sur son lit sans l'aide de personne. — Les muqueuses et la peau reprennent peu à peu leur couleur. — L'estomac fonctionne régulièrement ; plus de vomissements.

[illegible] 26 injections furent faites. — Les injections ne laissaient aucune trace lorsque à la 22e la malade se plaignit d'une légère douleur à la cuisse droite. Les 4 injections suivantes ayant été malheureusement pratiquées dans le voisinage, il en résulta une induration de la grosseur d'un œuf de pigeon avec menace de phlegmon. — Des applications de glace dissipèrent rapi-

dement, ces symptômes. — La malade, complètement guérie, quittait l'hôpital le 28 juillet. — A ce moment l'orifice utérin était notablement resserré, et on ne constatait plus de granulations sur la muqueuse; ni perte de sang, ni leucorrhée (*Annali di Ost*^a *gin*^a *pediat*^a, août et sept. 1884.)

Marius REY.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De l'élévation de la température centrale chez les chlorotiques, par le Dr HUMBERT MOLLIÈRE.— Cette intéressante communication faite à la Société des sciences médicales de Lyon est le résultat de deux années de recherches assidues. En prenant avec le plus grand soin la température rectale des chlorotiques de son service, M. Molière a bientôt été convaincu que non seulement la température n'était pas abaissée comme on l'a dit, mais qu'elle était au contraire constamment plus élevée qu'à l'état normal. Ses recherches ont porté sur 30 malades triées avec soin ; toutes celles qu'on pouvait soupçonner de tuberculose étaient rigoureusement écartées; la température était prise à heure éloignée de tout exercice violent et un peu avant ou longtemps après le principal repos. Voici ce qu'il a constaté : Chez les chlorotiques, la courbe moyenne oscille toujours entre 37°,8 et 38°,8 tant que persistent les symptômes ordinaires de la maladie, pour descendre d'un degré à mesure qu'ils s'atténuent. Si la chlorose n'est pas très intense, le tracé n'est pas aussi élevé que dans les cas plus graves. Mais un fait remarqnable, c'est qu'on observe de véritables exacerbations fébriles qui surviennent de temps en temps, alors qu'aucune affection intercurrente (angine, refroidissement, trouble menstruel) ne peut en donner la raison. L'ascension du thermomètre peut aller jusqu'à 39°, et quelquefois mais rarement, dépasser 40, pendant un ou plusieurs jours.

Ce fait pathologique important permet de rendre à la chlo-se son vieux nom de *febris alba virginum.* Nos ancêtres auraient-ils mieux observé cette maladie que nous, et reconnu que les chlorotiques sont des fébricitantes ? Cette découverte vient du reste d'être vérifiée par le professeur Mayet, de Lyon,

et par le D[r] Moore médecin de l'hôpital de Sussex. Mais chez les jeunes filles rendues simplement anémiques par excès de travail ou alimentation défectueuse, la température reste normale. Quant à la cause de cette fièvre, l'auteur reste dans une prudente réserve. (Brochure in-4° de 8 pages et 2 tracés, chez Georg à Lyon, 1884).

D[r] H. Cellard.

Perte des réflexes tendineux dans le diabète sucré. — M. le professeur Bouchard appelle l'attention sur certains symptômes qu'il a eu l'occasion d'observer chez des individus atteints de diabète sucré, c'est-à-dire sur la perte du réflexe tendineux et notamment du tendon rotulien.

Ce phénomène morbide est assez fréquent, puisque sur une statistique de trois années comportant 66 observations de diabète sucré, il l'a rencontré 19 fois, soit sur près d'un tiers des cas, on peut dire plus vrai dans la proportion de 29 pour 100.

Il n'apparait pas au début de la maladie, mais seulement à une certaine période, c'est-à-dire lorsque l'affection dure déjà depuis un certain temps. Il peut quelquefois disparaître, le diabète étant en voie d'amélioration, pour revenir ensuite, alors que la maladie a repris son cours progressif. M. Bouchard l'a constaté deux fois.

La perte des réflexes tendineux donne-t elle un caractère de gravité plus grande à l'affection diabétique ? Voici, à ce sujet, comme s'exprime M. Bouchard :

Si, sur les 66 diabétiques que j'ai observés, 47 avaient conservé le réflexe rotulien et 19 l'avaient perdu, chez les premiers la mortalité n'a été que de 2, tandis qu'elle a été de 6 chez les derniers. Donc, à ne prendre que les cas dont je connais l'issue, la proportion de la mortalité est de 1 décès sur 23 malades dans le premier et de 1 décès sur 3 malades dans le second. D'où il suit que les diabétiques, chez lesquels les réflexes tendineux ont disparu, sont soumis à des chances plus grandes de mort. Cette gravité dans le pronostic n'est pas inhérente à la maladie elle-même, mais à une phase de la maladie. Quand le diabète entre dans cette phase grave, périlleuse, les réflexes tendineux disparaissent.

Quant au diagnostic, ce phénomène morbide peut, dans certains cas où le médecin reste encore dans le doute, être un élément précieux en appelant l'attention sur la possibilité du diabète et conduire à la recherche du sucre dans les urines. Il acquiert donc une valeur véritable tant pour le diagnostic que pour le pronostic, mais il ne donne pas à la maladie un caractère spécial et ne permet pas de conclure à l'origine nerveuse du diabète.

M. Bouchard cite, entre autres faits, deux observations, celle d'un enfant et celle d'un de ses confrères où la perte des réflexes tendineux conduisit immédiatement au diagnostic de la maladie, lequel se trouva d'ailleurs absolument confirmé par d'autres symptômes et surtout par l'examen des urines. (*Congrès de Blois*).

Les paralysies alcooliques, par le Dr CHARCOT. — C'est à Magnus Huss que revient l'honneur d'avoir mentionné le premier l'existence des paralysies dans l'alcoolisme chronique. Plus tard, M. Lancereaux (in *Dict. encyclopédique des sc. méd.*, 1884) tenta la première description de ces paralysies et insista sur ce fait que, de même que dans le *saturnisme*, elles atteignent de préférence les *muscles extenseurs* des membres. En 1867, Leudet, de Rouen, énonça le caractère *douloureux* de ces paralysies qui se montrent dans les membres inférieurs, et tout particulièrement la nuit. Au point de vue anatomique, Leudet apportait encore un fait important : c'est l'intégrité de la moelle épinière et les *lésions des nerfs périphériques* et des *muscles* auxquels les rameaux altérés se rendaient. Ces lésions ont été retrouvées par M. Lancereaux. Ce n'est qu'en 1872 que MM. Wilks et Lockart-Clarke attirèrent l'attention pour la première fois sur une paralysie qu'on observe, paraît-il, assez fréquemment à Londres chez les femmes, même parmi les ladies, et qu'ils désignèrent d'un commun accord sous le nom de paraplégies alcooliques.

s anamnestiques veulent être cherchés, car dans les pre-
.es périodes, il est difficile d'obtenir un aveu, et, lorsque
'ection est constituée, il s'y associe un *état mental* particu-
. — Il ne paraît pas que la variété d'alcool ait une influence

spéciale sur la production de ses troubles; mais dans la grande majorité des cas, ce sont *les buveuses* et non les buveurs qui sont atteints. Les antécédents névropathiques peuvent être pour quelque chose dans cette proportion.

Le mode de début est presque toujours le même : en dehors *des rêves nocturnes*, cauchemars, visions effrayantes, un des premiers indices de ces paralysies semble être l'apparition de *douleurs vives* qui se manifestent surtout dans les membres inférieurs. Ces douleurs ressemblent parfois assez bien à celles qui se manifestent dans la première période de l'ataxie locomotrice : ce sont des picotements, des formications, des élancements, de véritables douleurs fulgurantes qui traversent les membres et se montrent tout spécialement pendant la nuit.

Ces douleurs se généralisent bientôt : occupant symétriquement les membres inférieurs de préférence, et en premier lieu, s'accompagnant d'hypéresthésie cutanée, — elles gagnent les deux membres supérieurs et au bout d'un certain temps font place à de *l'analgésie*. C'est alors que survient la *paralysie motrice*. Elle aussi, est symétrique, et se porte de préférence sur les *muscles extenseurs*. Chez ces deux malades assises sur des chaises élevées, les pieds pendent inertes, équins, directs ; les réflexes rotuliens sont abolis. Les membres inférieurs sont en outre le sujet de phénomènes vaso-moteurs, rougeurs diffuses, parfois violacées, empâtements périmalléolaires, sans que les urines contiennent de sucre ou d'albumine sueurs localisées, aux pieds, aux mains, qui apparaissent subitement et s'en vont de même. — Au bout d'un certain temps, dans ces pieds équins, il se forme des adhérences fibreuses des tendons, des épaississements du tissu conjonctif qui rendent impossibie la restitution *ad integrum*. Les muscles paralysés sont mous, et leur excitabilité électrique est diminuée.

Les malades nient toujours leurs habitudes, de même que les morphiomanes, et ce n'est guère que par leur entourage qu'on peut obtenir des renseignements étiologiques.

La marche de ces paralysies est essentiellement chronique; rarement elles affectent le mode aigu, dont Moadbent a pourtant cité un exemple. Cette marche est progressive et fatale

si les habitudes alcooliques ne sont pas abandonnées ou si l'intoxication est de trop longue date.

Le diagnostic devra éliminer *l'ataxie locomotrice* dont les douleurs du début sont fort analogues, le *diabète* qui donne également lieu à des douleurs de même genre, le *saturnisme* qui se traduit également par des paralysies des extenseurs.

Pour le traitement, isolement sérieux, — suppression des habitudes et des occasions, des facilités de boire et de se procurer des alcooliques, — hydrothérapie, — régime tonique. — Les récidives sont fréquentes. — (*Journal des connaissances médicales*, 28 octobre, 1884.

R. L.

Cardiopathies d'origine spinale par M. Teissier fils, de Lyon). Les accidents cardiaques transitoires imputables à une perturbation nerveuse ne sont pas rares. On connaît bien les troubles du cœur de la maladie de Graves comme les phénomènes bulbaires qui accompagnent ou suivent certaines myélites ; mais l'influence pathogénique directe de la moelle dans la production des cardiopathies n'est point encore démontrée ; elle existe cependant et nous en avons rencontré un certain nombre d'exemples.

Cette action peut s'accomplir suivant un double mécanisme :

1° En provoquant des altérations trophiques du côté des valvules ;

2° En déterminant de véritables dilatations des cavités du cœur.

A. *Les troubles trophiques* sont représentés par une raréfaction du tissu fibro-connectif qui constitue le plancher des valvules (des sigmoïdes aortiques principalement) ; ce tissu se résorbe comme dans l'emphysème pulmonaire : une petite perforation se produit qui s'agrandit peu à peu, ou bien plusieurs petites perforations criblent pour ainsi dire la valvule. On rencontre ces perforations dans le cours d'affections nerveuses de longue durée (maladie de Friedreich, ataxie locomotrice, paralysie agitante).

Mais c'est surtout chez les tabétiques qu'on les observe et en particulier chez ceux qui ont présenté des troubles vaso-

moteurs accentués. Nous avons fait deux autopsies et deux fois nous avons trouvé ces perforations, cette résorption des valvules aortiques.

Cette raréfaction avec perforation du plancher aortique chez les myélitiques, et plus particulièrement chez les ataxiques, prédispose tout spécialement aux déchirures des valvules et à la production de véritables insuffisances aortiques. Nous en avons actuellement dans notre service un très bel exemple.

B. *Les dilatations cardiaques* d'origine spinale sont moins communes ; il en existe pourtant : nous en avons remarqué un très beau spécimen. Il s'agit d'un négociant du département du Rhône qui reçut dans un tamponnement de chemin de fer une violente contusion de la nuque. Il eut à la suite une périarthrite cervicale qui nécessita un long traitement, sous la direction de M. Olivier, et de nombreuses applications de pointes de feu. (*Congrès de Blois.*)

Anémie idiopathique (anémie pernicieuse progressive), par le Dr GRAHAM. — Après avoir rapporté sept cas observés par lui, l'auteur termine son travail par le résumé suivant : Sur ses sept malades, cinq étaient des fermiers : or il ne faut pas oublier que le régime des fermiers est généralement assez monotone ; en fait de viande, ils ne mangent guère que du porc. On peut se demander si l'irritation constante des nerfs de l'estomac par une nourriture indigeste n'est pas susceptible de produire sur le système sympathique une action dépressive qui se traduit dans une altération du sang.

Dans le seul des trois cas mortels où l'on a pu faire l'autopsie, les lésions présentaient beaucoup d'analogie avec celles qu'on rencontre dans la maladie d'Addison ; toutefois la peau n'était nullement bronzée et les symptômes étaient bien exactement ceux de l'anémie pernicieuse tels que les ont décrits Biermer, et autres. Il y a cependant des cas qui ressemblent beaucoup à la maladie d'Addison et il se peut que la lésion initiale soit la même.

Les cas rapportés dans ce travail n'offrent rien de bien particulier ou qui diffère de ce qui a été observé jusqu'ici. Cinq d'entre eux sont des cas typiques ; un sixième aurait pu à la

rigueur être considéré comme un cas obscur de cancer et un autre comme un cas de chlorose. Sauf dans ces deux derniers cas, le diagnostic n'a présenté aucune difficulté.

Le pronostic doit être très réservé : je crois qu'il y a des cas dans lesquels la terminaison fatale ne peut être évitée, mais que dans l'état actuel de nos connaissances il est à peu près impossible de les distinguer de ceux dans lesquels les lésions sont temporaires. La mort survient dans la grande majorité des cas : sur 130 cas réunis par Pye-Smith, vingt seulement ont été suivis de guérison. Il est à remarquer que, dans un grand nombre de cas, il y a des périodes d'amélioration suivies de rechute.

Le seul médicament qui ait paru agir favorablement, c'est l'arsenic. Le régime a une grande importance. Il ne faut prescrire que les aliments qui sont susceptibles d'être assimilés. Un des cas de guérison se serait très probablement terminé fatalement sans le Koumis, qui a constitué pendant trois semaines presque la seule nourriture. Le Koumis a réussi dans des cas où l'estomac ne pouvait absolument rien supporter et dans deux cas au moins il a été le principal instrument de la guérison.

Parfois l'anémie idiopathique paraît affecter une forme moins grave : si alors on peut soutenir l'économie jusqu'à ce que la crise soit passée, il y a grande chance pour que le malade guérisse rapidement.

Reste à résoudre la question de la lésion primitive de l'anémie pernicieuse. L'étude de nos cas personnels et de ceux publiés antérieurement me porte à croire que la lésion doit siéger dans le système nerveux. L'anémie pernicieuse est une atrophie musculaire progressive. Puisqu'il y a un système de nerfs trophiques dont dépend la nutrition des muscles et de la peau, pourquoi n'y aurait-il pas un système semblable pour le sang. Il est certain que le sang s'élabore et se nourrit principalement dans les grands viscères de la partie supérieure de l'abdomen : or ces organes se trouvent souvent affectés dans [l'a]némie pernicieuse. Il est donc possible qu'on découvre la [lés]ion primitive dans le sympathique qui se distribue à ces [or]ganes ou dans la moelle spinale elle-même. (*The Canadian [P]ractitioner*, juillet 1884). J. C.

OBSTÉTRIQUE —GYNÉCOLOGIE — PÉDATRIE

Affections utérines, traitement par le perchlorure de fer.— M. le Dr J. Chéron, abstraction faite des hémorrhagies, ne s'occupe de l'emploi de ce médicament que dans le traitement des leucorrhées, de la congestion utérine et de la métrite.

Le perchlorure de fer a une action astrictive qui, en s'exerçant sur le col de l'utérus, tend à diminuer son volume et, par conséquent, à diminuer la quantité de lymphe et de sang en circulation dans cet organe : par suite, il diminue aussi les sécrétions morbides, puisque les glandes sont moins alimentées, ainsi que les bourgeons charnus qui fournissent parfois du pus en abondance.

C'est en attouchements, en pansements et injections que le perchlorure de fer peut être employé avec avantage.

Sur les ulcérations, on l'applique avec précaution au moyen d'un pinceau, de façon qu'il ne fuse pas dans les culs-de-sac, et on sature l'excédent avec le carbonate de chaux. Il modifie rapidement les surfaces desquamées et favorise la réparation épithéliale.

La formule pour les pansements est la suivante :

Glycérine neutre.	300 gram.
Perchlorure de fer.	6 —

Imbiber un tampon d'ouate qu'on applique sur le col et qu'on laisse en place pendant six ou huit heures.

Formule pour l'injection :

Perchlorure de fer à 30 degrés. . .	20 gram.
Glycérine.	100 —
Eau distillée.	200 —

Une ou deux cuillerées à soupe par injection d'eau tiède.

Ovariotomie, cent cas, trois morts. — Au *Samaritan Free Hospital*, M. Knowsley Thornton vient de terminer une série de cent *ovariotomies* avec trois morts seulement. Dans le premier cas, il y avait un cancer de l'estomac, du foie et du rectum ; dans les deux autres, une hémorrhagie profonde. M. Thornton a aussi pratiqué huit néphrectomies, une néphrotomie, une néphro-lithotomie, et plusieurs extirpations des an-

nexes de l'utérus, sans perdre une seule malade. Il estime que ses succès sont dus à la méthode antiseptique appliquée dans toute sa rigueur. Il n'a eu, depuis longtemps, aucun cas d'infection parmi ses opérées, bien que la pyoémie et la septicémie se soient montrées à diverses reprises dans les salles voisines Il se sert de l'acide phénique comme désinfectant, et n'a pas observé de symptômes d'empoisonnement, malgré la longue durée de certaines opérations. Il lie le pédicule et suture la plaie abdominale avec de la soie conservée, mais non bouillie, dans l'acide phénique. Il fait toujours usage de spray et n'emploie le drainage de la cavité péritonéale que dans des cas tout à fait exceptionnels. Le pansement se compose de gaze phéniquée placée directement sur l'abdomen et recouverte de mackintosch ; le tout est fixé très soigneusement au moyen d'une sorte de bandage de Scultet, qui enveloppe l'abdomen et qu'on peut fixer et ouvrir très facilement. Au bout d'une semaine, on enlève les sutures et on applique un second pansement qu'il n'est, en général, pas nécessaire de renouveler. (*Revue des maladies des femmes.*)

Névralgie lombaire-abdominale liée aux affections utérines chez les rhumatisantes, emploi du camphre salicylé. — On a appliqué du salicylate de soude sur les articulations atteintes de rhumatisme et on en a obtenu de bons résultats. L'acide salicylique en pommade uni au camphre semble mieux agir encore. Pour en faire usage dans la névralgie lombo-abdominale liée aux affections utérines, lorsqu'elle revêt surtout cette forme intense qu'on observe plus particulièrement chez les rhumatisantes, on emploie cette formule :

Acide salicylique.......	10 gr.
Camphre réduit par l'éther..............	6 gr.
Axonge	45 gr.

On applique, gros comme une noix de cette pommade, en onctions douces et prolongées sur la région lombo-sacrée, matin et soir. Ensuite, une plaquette de flanelle recouverte de toile gommée, est superposée.

Ce moyen a paru réussir plus rapidement et d'une façon plus durable que la plupart des substances anesthésiques employées en pareil cas. (*Thérapeutique Contemp.*)

MALADIES VÉNÉRIENNES ET CUTANÉES

Traitement abortif du chancre mou. — Le médicament préconisé par Hébra, pour obtenir rapidement la guérison du chancre mou, est l'acide salicylique en poudre appliqué de la façon suivante : au moyen d'une curette à oreille, on applique la poudre sur la petite plaie, en prenant soin que, seuls, le chancre et ses parties les plus voisines soient couverts par le médicament. Par-dessus, on applique un petit pansement d'ouate. Si la sécrétion purulente n'est pas trop abondante, il suffira d'un pansement en vingt-quatre heures. Déjà, au bout d'un jour, on voit l'ulcération se couvrir d'une petite croûte blanchâtre, tandis que les parties environnantes sont devenues plus rouges. Au bout de trois jours, la croûte a déjà une certaine consistance, et alors il faut cesser l'application de la poudre. On applique un linge enduit *d'inguentum emolliens* (espèce de cérat) et par-dessus un peu d'ouate.

Le plus souvent la croûte jaunâtre tombe au bout d'une démi-journée, et l'on a alors une plaie vivace, rouge et arrondie, qui est guérie au bout de deux ou trois jours. Par ce procédé on obtient donc en quatre à six jours la guérison complète.

Hébra vante ce procédé parce qu'ii est sans douleur, propre, et surtout parce qu'il prévient la formation des bubons. Dans aucun des cas qu'il a ainsi traités, il n'a vu ni inflammation, ni tuméfaction des ganglions inguinaux.

(*Presse médicale de Vienne*, n° 14, 1884.)

Du gonococcus.— Jousseaume est le premier auteur qui ait décrit dans le pus blennorrhagique un parasite spécial; mais la description qu'il en donne ne permet pas d'y reconnaître le gonococcus actuel. Ce fut Hallier qui, en 1869, nous a décrit ce parasite : « Le pus de la blennorrhagie, dit il, contient une grande quantité de coccus, en partie libres, en partie contenus dans l'intérieur des globules dans lesquels ils forment des vacuoles et dont ils produisent la destruction. Des corpuscules exactement semblables se trouvent dans le sang des personnes atteintes de rhumatisme blennorrhagique ; on les y rencontre dans les globules rouges. »

En 1879, Neisser fit paraître un travail sur le micrococcus de la blennorrhagie et lui donna le nom de gonococcus. Cet auteur a constaté la présence de ce parasite le plus souvent à la surface des cellules de pus,rarement à la surface des cellules épithéliales et parfois dans l'intérieur des globules purulents. Toutes les observations de Neisser ont été contrôlées et confirmées par un grand nombre d'auteurs, qui n'ajoutent rien de nouveau à la question, sauf M. Petrone, qui a observé le gonococcus dans l'exsudat de l'arthrite blennorrhagique et le sang des malades atteints de cette affection.

MM. Bokdi, Rockhart et Wolf firent des recherches à ce sujet. Ces deux derniers surtout, de 1880 à 1883, étudièrent d'une façon particulière le parasite de la blennorrhagie à la clinique de Rinecker (à Wurtzburg). Dans les 258 cas qu'ils observèrent, ils constataient toujours la présence du gonococcus : « Les parasites ne forment jamais de chaînes, disent ils, ils sont toujours groupés en amas constitués par un plus ou moins grand nombre d'individus isolés, donnant l'impression d'une forme circulaire comme s'ils avaient pris naissance dans une cellule. Les coccus sont au centre de l'amas, rarement isolés, mais accouplés deux à deux (forme de biscuit, diplococcus) ; parfois l'on distingue quatre coccus rangés dans un ordre rhomboïdal. Le pus de la blennorrhagie contient aussi presque toujours de petits groupes de gonococcus réunis par 2, 4, 6 ou 8 dont le groupement répond au schema figuré par M. Neisser ».

D'après ces auteurs, les gonococcus sont très nombreux dans les cas d'uréthrite spécifique aiguë et en petit nombre dans les cas de blennorrhagies chroniques.

Ce fut en 1878 qu'en France, M. Bouchard observa et décrivit, dans le pus blennorrhagique, un micrococcus légèrement allongé et effilé à une de ses extrémités, et ayant l'apparence d'une virgule. Cette description diffère de celle des auteurs cités plus haut. Après lui, MM. Jamin, Martineau se sont occupés de la question. — M. Darier fait actuellement à la clinique du Dr Abadie, des recherches sur le gonococcus de l'ophthalmie blennorrhagique.

Le plupart des auteurs ont cultivé et inoculé le gonococcus. Les essais tentés sur les animaux ont complètement échoué ;

sur l'homme ils ont au contraire réussi. Bockart injecta dans l'urèthre d'un paralytique général des gonococcus de 4e génération et produisit chez lui une blennorrhagie type ; le malade étant mort une dizaine de jours après, l'examen histologique démontra, entre autre choses, la présence des gonococcus dans la vessie et le rein droit : cette expérience semble prouver d'une façon péremptoire que la blennorrhagie est une maladie parasitaire dont le gonococcus serait l'agent infectieux.

Nous allons, en terminant, décrire ces parasites d'après les différents auteurs. — A l'état frais, ils sont mobiles, à forme sphérique, à contours nets. — Neisser et Rochart y ont signalé cependant une enveloppe hyaline. — Le violet de méthyl, la fuchsine les colorent avec facilité. Réguliers, de grosseur égale, ils sont isolés ou réunis soit en dehors, soit à la surface, soit dans l'intérieur même des globules de pus. Ils ne forment pas chaînettes, ce qui tient à leur mode de développement, qui n'a lieu que dans le sens transversal et longitudinal ; ils sont souvent accouplés et forment ainsi des diplococcus.

La plupart des médecins admettent aujourd'hui la nature microbienne de l'uréthrite blennorrhagique, qui est du reste assez prouvée par les expériences sérieuses de MM. Bckdi et Rockhart. Dernièrement on a constaté la présence de ces mêmes gonococcus dans la conjonctivite blennorrhagique. — (Docteur Bricon, *Progrès medical*, nos 33, 34.)

Dr Fissiaux.

Traitement de la cystocèle vaginale. — M. Delthil, de Nogent-sur-Marne, communique deux cas de cystocèle vaginale traitée et guérie en un mois et demi par l'emploi simultané de la sonde de Sims à double courant, et d'un ballon à air dans le vagin.

Les moyens palliatifs employés jusqu'ici n'ont jamais donné d'excellents résultats, et les opérations chirurgicales exposent à bien des dangers.

Pour l'auteur, il y a deux conditions à remplir : 1o Soutenir le bas-fond de la vessie ; 2o maintenir cet organe constamment vide pendant la durée du traitement et, par suite, amener sa

rétraction. Dans tous les cas, le traumatisme chirurgical doit être subordonné à la nécessité absolue.

M. Delore (de Lyon). — On sait combien sont nombreux les traitements de la cystocèle vaginale. Je citerai surtout le procédé de Valette (de Lyon), qui s'attachait surtout à réduire le prolapsus utérin, qui accompagne si souvent la cystocèle, par la cautérisation profonde avec des lamelles de pâte de Canquoin, et le procédé de M. Le Fort, qui suture la paroi antérieure à la paroi postérieure du vagin.

Pour moi, je combine la cautérisation au fer rouge des culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin avec la sonde à demeure dans la vessie. Je maintiens en même temps la malade au repos. Cette méthode m'a donné des résultats merveilleux, par la rétraction considérable des organes herniés. L'infirmité s'atténue ou même disparait entièrement.

M. Nicaise. — M. Delthil me parait avoir, par son procédé, agi plutôt sur la cystite qui complique la cystocèle vaginale que sur la cystocèle elle-même qui est une affection bénigne.

M. Delthil. — Je considère au contraire cette affection comme grave, en raison de la stagnation et de la fermentation ammoniacale de l'urine dans le diverticulum de la vessie constitué par son bas-fond et qui amène l'amaigrissement, la teinte jaune des malades. Aussi, à peine l'écoulement régulier des urines s'était-il établi, que ma malade commençait à engraisser.

D'ailleurs, la guérison peut être obtenue sans opération, ce qui me semble capital au point de vue du pronostic. (*Congrès de Blois.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants, par le Dr Jules Simon. — Tome II.— 16 pages. — Chez Delahaye et Lecrosnier.

Voici le second volume d'une série que nous espérons voir continuer. Le succès de l'enseignement pratique et familier e M. Jules Simon n'est plus à constater et si, dans ce succès,

la plus large part est due au talent du maître, une part aussi vient de ce qu'il a quitté les sentiers battus où tant d'élèves et de professeurs se rencontrent pour suivre une voie personnelle et qui lui semblait meilleure.

En effet, si l'on ne doit pas reprocher aux auteurs de s'étendre longuement sur l'anatomie pathologique, la symptomatologie et le diagnostic des maladies, on ne peut nier que le plus grand nombre n'accordent au traitement qu'une place beaucoup trop restreinte. Trop souvent, une énumération concise des grandes indications à remplir termine les différents chapitres. Est-ce un parti pris de passer vite sur les points où ils n'apportent aucun élément personnel nouveau? Est-ce le manque de foi dans les méthodes thérapeutiques qui les fait agir ainsi? Quoi qu'il en soit, cette condition nous semble absolument regrettable et, tout en reconnaissant ce que peut avoir d'incertain et d'aléatoire l'action thérapeutique, peut-être même à cause de cela, il nous semble que cette action doit être discutée avec le plus grand soin et que le maître rend aux élèves un service inappréciable en les faisant profiter de son expérience sur le point spécial qui nous occupe. Telle a été probablement la pensée qui a guidé M. Jules Simon au début de ses leçons, et le suffrage des auditeurs et des lecteurs lui a montré le bien fondé de sa manière de voir.

Le volume actuel contient dix-neuf conférences dont je ne peux pas faire le sommaire, mais dont la plus grande partie est consacrée à l'étude des eaux minérales dans le traitement des maladies des enfants. Il serait superflu de constater combien cette étude en général a été négligée chez nous et combien sont rares les traités d'ensemble sur la matière. Au point de vue spécial où il s'est placé, M. Jules Simon a donc fait œuvre absolument nouvelle et si l'expérience nous manque pour discuter et critiquer ses assertions, au moins pouvons-nous louer sans réserve le plan qu'il a adopté et la façon dont il l'a exécuté.

Une première conférence en dehors du cadre général est consacrée *aux Bains de mer*. Il n'y a guère de médication dont on abuse davantage et si elle n'a pas plus d'inconvénients, il faut s'empresser de reconnaître que très souvent elle ne concerne que des enfants relativement bien portants et chez lesquels

l'influence tonique et stimulante de l'atmosphère maritime et des bains est généralement avantageuse. Il ne faut pas croire pourtant que cette action excitante soit favorable à tous les tempéraments, et il y a toute une série de contre-indications formulées à son emploi. Enfin, l'utilité de séjour sur le bord de la mer étant admise, le choix de la plage : Nord, Normandie, Bretagne, Ouest, Midi ; les bains, le vêtement, le genre de vie ne doivent pas être une affaire de mode. L'hygiène et en particulier l'acclimatement doivent être réglés avec soin. Ce n'est pas tant que cette médication soit favorable, il faut lui demander la plus grande somme d'avantages qu'elle peut procurer.

Pour étudier l'action des eaux minérales proprement dites, M. J. Simon a pris pour point de départ les diathèses, les maladies générales, les affections localisées aux appareils ; et en montrant les différentes combinaisons de ces diathèses, la prédominance de tel ou tel trouble morbide, la marche de ces affections, le ressort général de l'organisme, il a établi avec un soin scrupuleux la gamme des actions thérapeutiques qui devait être cherchée et qui pouvait être obtenue dans nos différentes stations. C'est ainsi que dans la scrofule il préconise, suivant les cas, les eaux chlorurées sodiques fortes (Salins, Salins de Moutiers, Salins de Béarn), les eaux à thermalité élevée (Bourbonne), les eaux sulfureuses (Uriage, Cauterets, St-Honoré), arsénicales (la Bourboule), ou, enfin, les eaux à minéralisation faible (Royat, St-Nectaire, Châtel-Guyon).

Dans les *dermatoses* dépendant de l'herpétisme, de la scrofule, de la syphilis ou de rhumatisme, il va d'Uriage à St-Gervais, Royat, la Bourboule, Luchon, Aix, Cauterêts, Eaux-Chaudes, St-Sauveur. Enfin, pour le rhumatisme, la tuberculose, les maladies des voies digestives, du système nerveux, des voies urinaires, il suit le même ordre et montre toujours les différences d'actions thérapeutiques que réclament des maladies semblables, mais survenant chez des sujets différents par leur tempérament, leur constitution, leur façon de réagir.

On voit que le champ à parcourir était vaste, et on s'étonne ·esque qu'une étude aussi complexe puisse tenir en si peu de ıges. C'est que M. J. Simon s'en est tenu aux grandes lignes, ssant aux médecins traitants près des sources le soin des modes administration de ces eaux. Absolument convaincu de la

puissance des eaux minérales quoique ne pouvan pas toujours s'expliquer suffisamment leur mode d'action, il a fait œuvre éminemment utile et pratique en publiant les résultats de son expérience sur ce point spécial, et ceux qui ont pu le suivre, et ceux qui voudront le lire en retireront un avantage incontestable.

L'alcool, l'iode, le fer, la noix vomique, les bromures sont le sujet d'autant de leçons. Enfin, la fièvre typhoïde, l'irritabilité cérébrale, la sclérose cérébrale forment le complément de ce volume.

Dr R. CHENET.



FORMULAIRE

—

Traitement du Lentigo

(*Taches de rousseur*).

Le lentigo peut disparaître par l'application d'acide citrique matin et soir ; la méthode employée par les dermatologistes, et donnant plus de succès, consiste à appliquer une solution de sublimé corrosif de 5 à 15 centigr. pour 500 grammes d'eau ou d'émulsion d'amandes, soir et matin.

—

Bromure de nickel contre l'épilepsie

(DA COSTA).

Bromure de nickel.	0,60 centigr.
Poudre de guimauve	0,40 —
Extrait de gentiane.	0,40 —

12 pilules.

—

Sirop.

Bromure de nickel.......	10 gr.
Eau....................	120 —
Glycérine................	15 —
Sucre....................	250 —

Ce sirop présente une belle couleur verte; le bromure de nickel se prépare par saturation de l'acide bromhydrique avec le carbonate de nickel, à chaud, filtration et évaporation à siccité au bain-marie.

—

Pâte dextrinée contre les éphélides.

(UNNA).

Oxyde de zinc......	10 gr.
Oxychlorate de bismuth...........	2 —
Sublimé..........	20 à 50 centigr.
Dextrine...........	ãã 10 gr.
Eau distillée.......	ãã 10 gr.
Glycérine.........	15 —

Faire cuire à consistance de pâte.

—

Du vinaigre dans les hémorrhagies puerpérales.

Le hasard a fait découvrir qu'un grand verre de vinaigre donné à boire à une femme atteinte d'une hémorrhagie puerpérale fait con-

tracter immédiatement l'utérus, et qu'ainsi on peut l'employer lorsqu'on n'a pas la possibilité de se procurer du seigle ergoté. (Note du rédacteur.)

M. le docteur Grigg, depuis ce moment, en a conseillé l'usage à différentes sages-femmes ; c'est pour lui un spécifique qui peut, si le fait est bien constaté, rendre d'immenses services aux médecins qui habitent la campagne.

—

Chloroforme ammoniacal

Solution d'ammoniaque dans l'alcool........ } parties
Chloroforme........... } égales.

Pour faire des inhalations dans le but de diminuer la température fébrile, de calmer les douleurs, et de maintenir l'alcalinité et la fluidité du sang, selon M. Richardson, les meilleurs résultats ont été obtenus dans des cas de fièvre putride, de scarlatine et de fièvre septique.

—

Solution hémostatique

Acide tanique........ 1 gr. 25 c.
Sulfate d'alumine et de potasse......... 2 — 50 —
Hydrolat de roses.... 90 —

Faites dissoudre. Pour l'usage externe, à titre d'agent hémostatique.

—

Pyrosis (Monin).

Poudre de phosphate de chaux................. 100 gr.
[Po]udre de magnésie cal[c]inée.................. 30 —
[Po]udre de vanille........ 10 —
M. S. A.

Une cuillerée à café dans un quart de verre d'eau.

—

Injection d'essence de térébenthine dans le traitement des tumeurs malignes.

Essence de térébenthine 1 partie.
Alcool................ 1 ou 2 —

On a obtenu avec la valeur d'une demi-seringue de Pravaz un bon résultat d'une injection faite dans le masse du néoplasme, et la disparition partielle ou totale des tumeurs malignes (carcinomes, sarcomes).

Ces injections développent une réaction locale sous forme de rougeur érésipélateuse avec tuméfaction douloureuse de la peau et de la fièvre.

—

Solution iodée contre la chlorose.

(Trastour).

Iode.................... 1 gr.
Iodure de potassium...... 10 —
Eau distillée............. 300 —

—

Mixture stimulante et expectorante.

Carbonate d'ammoniaque. 2 gr.
Teinture de scille......... 10 —
Sirop de tolu............. 10 —
Infusion de Polygala...... 200 —

Une cuillerée à soupe de quatre en quatre en quatre heures pour faciliter l'expectoration dans le catarrhe des bronches; éloigner les doses si la mixture est mal supportée.

—

Poudre antidiarrhéique

(Smith).

Sous-nitrate de bismuth 1 gr. 80 c.
Opium brut pulvérisé.. 0 — 06 —
Carbonate de chaux précipité............... 1 — 80 —

Mêlez et divisez en dix prises, une prise par jour aux enfants atteints de diarrhée, l'eau albumineuse pour boisson, lavements amidonnés.

—

Potion au thymol

(Lewis)

Thymol............ 0,10 centigr.
Eau distillée....... 100 gram.
Eau de fleurs d'oranger.............. 50 —

Mêlez. A prendre une cuillerée à bouche trois à quatre fois par jour dans les cas de dyspepsie avec fermentations anormales.

—

Solution au thymol pour le lavage dans les cas de prurigo.

Thymol........... 0,10 centigr
Glycérine.......... 10 gram.
Eau distillée....... 100 —
Mêlez.

—

Pommade au thymol pour onctions dans les cas d'herpès tonsurant.

Thymol................. 2 gr.
Chloroforme............. 8 —
Huile d'olives........... 24 —
Mêlez.

—

Traitement des plaies et des gerçures du mamelon.

Sucre blanc............
Oxyde de zinc..........
Mucilage de gomme arabique................
Glycérine..............
} ãã 5 gr.

M. Unna préconise ce mélange externe.

Stanislas Martin.

VARIÉTÉS

Cours théorique et pratique d'accouchement. — M. le Dr Doléris, chef de clinique d'accouchement de la Faculté, commencera son cours le lundi 12 janvier, à 4 heures. Le cours est complet en deux mois. On s'inscrit à la clinique, 89, rue d'Assas.

Nécrologie. — Nous avons annoncé, dans un précédent numéro, la mort d'un de nos plus jeunes et distingués collaborateurs, interne des hôpitaux ; *Henri Lormand*, mort à Pau, dans sa vingt-sixième année, d'une affection thoracique à marche brusquement funeste.

Lormand, laborieux et modeste, d'une instruction médicale solide, avait, depuis le début de ses études, su gagner par ses précieuses qualités l'estime et l'affection de tous ses camarades et de ses maîtres. Il était de ceux qui, lentement et sûrement, sans bruit et sans intrigue, par l'ardeur du travail et l'autorité du mérite, s'imposent nécessairement dans l'avenir aux situations les plus enviées de la profession.

La mort l'a pris à l'entrée de la carrière. Et cette mort prématurée, qui frappe d'un coup si cruel la famille dont il était tout l'espoir, est

douloureusement ressentie par tous ceux qui, approchant Lermand, ont été à même d'apprécier la délicatesse de son esprit, la loyauté de son caractère et la sureté de son amitié.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 janvier 1885.— Présidence de MM. A. Guérin. et J. Bergeron.

M. le président Alphonse Guérin, avant de quitter le fauteuil, remercie l'Académie de la bienveillance qu'elle lui a témoignée et passe en revue les travaux accomplis dans le cours de l'année dernière.

M. le président Bergeron propose à l'Académie de voter des remerciements au président sortant et invite M. U. Trélat à prendre place au fauteuil de la vice-présidence.

Prix Vernois.— M. E. Besnier lit le rapport sur les trois travaux envoyés pour le concours du prix Vernois. Le premier de ces travaux, dû à M. Guinan, est intitulé : de la syphilis des verriers. Le second, qui a pour auteur M. Ch. Girard, porte sur les travaux du laboratoire municipal de chimie et sur les falsifications des substances alimentaires. Le dernier mémoire est intitulé : recherches sur la viande de cheval et de quelques autres animaux au point de vue de l'alimentation publique, par M. Decroix.

Sur un mode de pansement permanent des plaies.— M. Marc Sée : Beaucoup de chirurgiens ont eu devant les yeux cet idéal : un pansement qui, appliqué immédiatement après l'opération, ne serait enlevé qu'après la guérison complète. Neuber a imaginé des drains résorbables, devant disparaître à l'époque où ils cessaient d'être utiles. Les drains étaient en os décalcifié. Mais ces drains avaient quelques inconvénients. Aussi il prit le parti de laisser à leur place des trous faits à l'emporte-pièce.

M. M. Sée a employé un certain nombre de moyens dont chacun n'a rien de nouveau, et qui ne forment un procédé neuf que par leur assemblage.

Après avoir arrêté l'écoulement sanguin, M. M. Sée fait des sutures profondes et des sutures superficielles ; il fait un drainage très large au moyen de drains volumineux, mais courts, dont l'extrémité externe est fixée à la surface de la peau au moyen d'une épingle anglaise. Il applique sur la plaie une traînée étroite de poudre de bismuth, par dessus un sachet contenant de la cellulose au sublimé, renfermée dans la gaze phéniquée. Ce sachet de 2 à 3 centimètres d'épaisseur a environ

quatre travers de doigt de largeur, sa longueur est telle qu'il dépasse de 5 à 6 centimètres les extrémités de la ligne de suture ; on recouvre ensuite les bords du sachet de bandelettes multiples de gaze phéniquée. Par-dessus on applique une couche épaisse de coton maintenue par une bande de tarlatane. Le tout est entouré par une bande de caoutchouc.

M. Sée fait les sutures en fil de catgut pour les rendre résorbables ; pour retirer facilement les drains, il leur attache un fil.

La cellulose n'est autre que la partie ligneuse du sapin imbibée de sublimé. Le kilogramme ne coûte que 1 franc 50, et ce kilogramme peut suffire à l'entretien d'un grand service pendant une quinzaine de jours.

Ce pansement n'a pas besoin d'être répété tous les jours, aussi dans les services les plus actifs la visite peut-elle se faire assez rapidement.

Sur le ralentissement du pouls comme signe prémonitoire du choléra.— M. Poznanski (de Wilna) veut démontrer que le ralentissement du pouls est un signe prodromique du choléra. Les stases sanguines sont les causes des principaux symptômes de la maladie.

Dans le traitement il emploie trois moyens : l'acide cyanhydrique médicinal administré à doses modérées et à intervalles rapprochés, qui, ainsi que l'a démontré Becquerel en 1840, accélère la circulation. On donne à un adulte de 1 à 4 ou 5 gouttes d'acide cyanhydrique en solution au 10me.

Le second moyen est la racine de veratrum en forme de poudre sternutatoire, Le troisième est l'alcali volatil dont il faudra saturer l'air ambiant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 décembre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Taille hypogastrique.— Rapport de M. Périer sur deux observations dues : l'une à M. Houzel, l'autre à M. Delanoy, médecin de Boulogne-sur-Mer. Dans le cas de M. Houzel, le choix de la taille hypogastrique fut basé sur l'extrême irritabilité de la vessie et le volume du calcul, qui dépassait 4 centimètres. Dans le cas de M. Delanoy, l'état d'affaiblissement du malade fut surtout pris en considération. Ces deux chirurgiens ont employé le procédé de ballonnement de Petersen. Dans le dernier cas, il y eut une rupture de la vessie surdistendue et épanchement d'eau boriquée dans le tissu prévésical : la vessie fut incisée dans une hauteur de 5 centimètres. La guérison fut obtenue dans les deux cas.

M. Tillaux a pratiqué, il y a quinze jours, la taille hypogastrique chez un enfant de 15 ans ; il a été conduit à choisir la voie hypogastrique, parce que la voie périnéale était impraticable par le fait d'une coxalgie ancienne. Il a rencontré une difficulté un peu plus grande que dans la taille hypogastrique de l'adulte. Il semble qu'à l'heure actuelle il faut donner la préférence à la méthode périnéale chez l'enfant, à la voie hypogastrique chez l'adulte.

Élongation des nerfs. — Rapport de M. Chauvel sur la récente communication de M. Poulet. A ce propos, le rapporteur cons-

tate que les statistiques relatives à cette opération sont assez satisfaisantes.

M. Berger craint que les insuccès et les dangers n'aient pas été suffisamment signalés. Il cite un cas personnel dans lequel il vit, à la suite d'une élongation du nerf sciatique, se développer un phlegmon diffus de la cuisse suivi de mort. On constatait à l'autopsie une méningo-myélite suppurée. L'élongation avait été faite pour des convulsions épileptoïdes survenues dans un membre atteint de paralysie. D'ailleurs, d'une manière générale, outre les insuccès complets, on n'observe que des résultats temporaires à la suite des élongations.

MM. Verneuil, Le Dentu, Périer, Pozzy, Monod, Marc Sée, Terrillon, citent des cas dans lesquels on a obtenu tantôt des succès durables, le plus souvent des améliorations importantes.

Cette question de l'élongation des nerfs a déjà été traitée à la Société de chirurgie, en ce qui concerne les nerfs de la face ; mais les documents sont bien moins nombreux pour les gros nerfs des membres. Ce point spécial sera mis à l'ordre du jour.

Cure radicale des hernies. — M. Bouilly présente un malade auquel il a pratiqué la « cure radicale » pour une double hernie inguino-scrotale incoercible.

Des bandages variés avaient été inutilement employés. M. Bouilly fit l'opération, dans le simple but de rendre ces hernies coercibles. Après avoir incisé comme dans la kélotomie, le sac y compris, il fit une suture en bourse de la partie supérieure du sac, en passant deux anses de fil comprenant chacune une demi-circonférence, puis réséqua la partie à peu près libre du sac, laissant toute la partie postérieure qui est en rapport avec les vaisseaux du cordon. La même opération fut faite de l'autre côté.

Les suites furent un peu plus compliquées qu'on aurait pu le penser, par le fait d'un accident de pansement, il se développa un phlegmon des bourses qui retarda la guérison. A l'heure actuelle, le malade est complètement guéri, il porte un bandage, et les hernies n'ont aucune tendance à se reproduire.

Elections. — Commission pour la nomination des membres correspondants nationaux : MM. Bouilly, Trélat, Berger, Horteloup, Terrillon.

Pour membres correspondants étrangers : MM. Nicaise, Tillaux, Monod, Guéniot.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN

Séance du 8 *décembre* 1884. — Présidence de M. Ballay

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques ordinaires.

Rapport sur la candidature du Dr Caron, *par le* Dr *François Hüe.*

Messieurs,

Le travail que le Dr Caron nous a envoyé à l'appui de sa candidature, porte pour titre : « **Contribution à l'étude des complications du cancer de l'utérus** » et consiste principalement dans l'étude anatomo-pathologique de ces complications.

51 observations inédites, recueillies par l'auteur dans le service du professeur Charcot, servent de base à ce travail. Leur

analyse et leur comparaison permettent d'établir une certaine statistique des complications du cancer de l'utérus qui aggravent si souvent l'état des malades, et précipitent la terminaison fatale.

Ces complications sont nombreuses. Plusieurs sont dues à la propagation du néoplasme, soit en avant, soit en arrière. En avant, la propagation à la vessie et aux uretères se rencontre dans la moitié des cas, et l'on sait combien grave est l'englobement des uretères. Signalée déjà par bon nombre d'auteurs, la propagation aux uretères est une des causes les plus fréquentes de l'anurie et de l'urémie qui lui succède. Nous avons vu, pour notre part, pendant notre passage dans les hôpitaux, des femmes qu'on avait apportées dans le coma le plus profond, dont la terminaison était inévitablement la mort, et qui n'étaient autres que des cancéreuses urémiques.

Les altérations diverses de la vessie et l'oblitération des uretères se compliquaient, dans les autopsies relatées par le Dr Caron, d'altérations rénales aboutissant à la sclérose et à l'atrophie du rein ou bien encore à sa suppuration. Moins fréquentes et moins graves, du moins immédiatement, sont les propagations du cancer en arrière, vers le rectum, puisque le Dr Caron ne les a notées que dans 1/7 des cas.

Nous savons, d'un autre côté, que la chirurgie n'est pas impuissante contre cette complication et que la création d'un anus artificiel peut prolonger notablement la vie des malheureuses ainsi atteintes. Je ne sache pas que jusqu'à ce jour on ait proposé une opération analogue pour les uretères.

D'autres complications peuvent encore surgir au cours d'un cancer utérin, car il est rare que ces complications soient isolées ; la péritonite aiguë généralisée est de ce nombre et surviendrait dans 1/5e des cas. Enfin, exception faite des cas dans lesquels il y a extension directe aux organes de voisinage et de ceux dans lesquels l'envahissement reste limité aux ganglions, la généralisation se rencontre une fois sur dix.

Le Dr Caron n'a pas cru devoir aborder dans cette étude la question de l'intervention dans le cancer de l'utérus, et s'est tenu au chapitre de l'anatomie pathologique, déjà fort intéressant par lui-même. C'est d'ailleurs une question qui aurait nécessité tout un nouveau travail à cause du grand intérêt qui s'y attache de nos jours. Réduite à ces proportions, la thèse du Dr Caron nous a paru renfermer des documents des plus utiles, qu'il nous serait impossible de faire figurer avec quelques détails dans les limites d'un rapport nécessairement incomplet.

La Société est consultée par M. le Secrétaire du bureau, au sujet du mode de publication de ses travaux, les propositions du *Journal de médecine de Paris* ayant été acceptées pour l'année 1884 qui va finir. Après échange d'observations, la majorité des membres se montre favorable à la continuation du traité et charge M. le Secrétaire d'insister près l'administration du

journal pour faire disparaître les défectuosités signalées dans la publication.

Le Secrétaire, A. Cerné.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 *décembre* 1884. — Présidence de M. Bouloumié.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Gillet de Grandmont, secrétaire général, procède au dépouillement de la correspondance, qui comprend une lettre de M. Séailles adressant sa démission ; les publications périodiques ordinaires.

M. Delthil demande à ce qu'il soit fait une addition à un procès-verbal antérieur : il n'a pas, en effet, été fait mention de la présentation d'un jeune malade opéré par lui de la trachéotomie et guéri par sa méthode.

M. Michel lit son *Rapport au nom de la commission du prix biennal.*

Messieurs,

Vous avez chargé une commission composée de MM. Bouloumié président, Gillet de Grandmont et Brochin, secrétaires généraux, Crinon, Danet, Duchesne, Weber et Edouard Michel, de vous rendre compte des mémoires envoyés pour le prix biennal.

Dans une de ses dernières séances, cette commission m'a nommé rapporteur ; je viens donc en son nom aujourd'hui vous faire connaître quel est son jugement.

Le mémoire nº 1, inscrit sous la devise : « **La toux quinteuse n'est bien souvent qu'une toux vomitive** » est une bonne, mais trop courte étude du vomissement succédant aux quintes de toux.

Dans ce travail, qui ne manque pas d'une certaine valeur, bien que votre commission l'ait jugé inférieur aux deux autres, l'auteur étudie, ainsi qu'il a bien soin de le faire remarquer, *la pathogénie* ou plutôt la *physiologie pathologique du vomissement.*

Rechercher pourquoi les phthisiques et les coquelucheux vomissent, si souvent, après leurs quintes de toux, tel est le but qu'il s'est proposé, et s'il parle, assez longuement du reste, du mal de mer et du vomissement dans la laryngite spasmodique, ce n'est que d'une manière secondaire et pour fournir à son opinion un certain nombre d'arguments.

Sans rejeter complètement aucune des hypothèses généralement admises pour expliquer le vomissement, l'auteur soutient que dans la pluralité des cas, c'est à une impression subie par le centre vomitif du système encéphalorachidien, qu'il faut l'attribuer.

Pour lui, il se passe du côté du bulbe un trouble dynamique caractérisé par de l'hypérémie ou de l'anémie. Sous l'influence des secousses de la toux, des quintes répétées et des

efforts qui les accompagnent, la circulation est entravée, le sang hypérémié, les centres nerveux dans leur ensemble et en particulier le bulbe plus encore que les hémisphères et le cervelet. C'est cette congestion qui détermine la révolte de l'estomac par l'intermédiaire des nerfs qui se rendent à cet organe. Donc point de phénomène réflexe dans ce cas.

Telle est l'opinion soutenue dans le travail et appuyée par des arguments dont quelques-uns ne sont pas sans valeur, mais qui ne sont pas tous indiscutables.

Ce mémoire, écrit par un médecin instruit et intelligent, traite, un peu vite, un sujet vaste et intéressant, et de l'avis de votre commission, il ne le traite pas à fond ; l'auteur, par exemple, eût pu chercher à déterminer comment on différencie le vomissement résultant de la congestion qu'il invoque de celui dont l'origine est simplement gastrique ou réflexe. Il y avait là certainement des considérations cliniques et thérapeutiques qui auraient présenté un réel intérêt.

En lisant ce travail, il semble même à tout instant qu'on va voir l'auteur s'engager dans cette voie; bien au contraire, le mémoire se termine brusquement, sans conclusions précises, sans recherches bibliographiques suffisantes et surtout sans déductions pratiques.

Votre commission ne peut, en effet, considérer comme telles le moyen indiqué rapidement et comme incidemment par l'auteur et qui consiste à faire cesser la toux quinteuse par des badigeonnages répétés de la gorge avec la teinture d'iode.

L'efficacité d'un pareil moyen n'est pas de celle qui s'impose, et elle trouvera, je le crains, un certain nombre d'incrédules.

Pourquoi l'auteur n'a-t-il pas cherché à nous convaincre par des observations précises détaillées, bien étudiées, au lieu de celles qu'il nous a données en quelques lignes et par courts extraits ?

Le mémoire n° 2 porte pour devise : « *Medicus naturæ interpres et minister* ». Le sujet qu'il traite est indiqué par le titre suivant : **Contribution au traitement de la pneumonie. Histoire de la médication critique.**

Il est en médecine peu de sujets qui aient été plus souvent traités, peu qui aient donné lieu à des travaux plus considérables ; il semble donc que, pour écrire l'histoire des traitements de la pneumonie, il faille des volumes entiers ; aussi ne serez-vous pas étonnés, Messieurs, lorsque je vous dirai que le mémoire adressé à votre commission est un véritable volume et un volume considérable.

Dans une introduction très développée et très savante, l'auteur fait l'histoire de toutes les médications successivement employées dans le traitement de la pneumonie depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Cette première partie du travail est une œuvre intéressante et qui dénote un médecin d'une rare érudition, un praticien consommé et attentif.

Elle ne comprend pas moins de huit chapitres dont il suffira certainement de vous donner les titres pour vous en démontrer l'importance : 1° introduction, 2° médication par les émissions

sanguines, 3° médication évacuante, 4° médication stimulante 5° médication contro-stimulante, 6° médication altérante, 7° médication externe, 8° résumé des médications.

La deuxième partie est intitulée par l'auteur médication critique et c'est d'après lui le sujet véritable du travail qu'il vous présente. La doctrine des crises dans les maladies aiguës lui semble trop délaissée de nos jours: c'est ce qu'il cherche à démontrer dans un considérable chapitre, après lequel il n'hésite pas à conclure que les anciens étaient dans le vrai et, que pour la pneumonie en particulier, provoquer au moment opportun une évacuation qui juge favorablement la maladie, doit être le rôle et le souci du médecin. Pour arriver à ce but désirable, un purgatif suffit quelquefois, dit l'auteur; quelquefois il faut plusieurs purgatifs répétés : de là, le nom de médication critique qu'il donne à sa méthode. Certes, Messieurs, il n'est personne d'entre nous qui n'ait constaté les bons effets d'un revulsif sur l'intestin dans la déferveseence d'une pneumonie ; mais est-ce bien là une méthode ou une médication nouvelle qu'il faille comparer à la méthode de Rasori, par exemple ? Votre commission ne l'a pas pensé, et elle a trouvé que le travail qu'on lui a présenté ne justifiait pas suffisamment le titre de l'auteur.

Ce n'est pas là la seule critique; il en est une qui s'impose. A quel moment faut-il administrer le purgatif énergique ? Quel est ce moment opportun dont on nous entretient sans le préciser et qu'il aurait fallu indiquer si nettement ? Rien, ni dans le mémoire, ni dans les observations citées ne nous le fait connaître. Aussi reste-t-il une grande incertitude dans notre esprit.

La pneumonie est, on le sait aujourd'hui, une maladie à cycle le plus souvent déterminée qui évolue ordinairement dans un temps donné et dans laquelle la défervescence présente un certain nombre de formes aujourd'hui bien étudiées et bien connues ; or, dans les observations présentées, il nous a paru que le purgatif n'avait réellement de valeur qu'au moment où se produit, dans la généralité des cas, cette défervescence.

Alors toutes les médications réussissent, le purgatif peut-être mieux que les autres, mais il n'y a pas là à proprement parler ni crise, ni de médication critique. Tous les praticiens y ont recours sans qu'aucun d'entre eux ait songé à ériger ce moyen en méthode nouvelle.

Néanmoins, et ces critiques toutes bienveillantes admises, votre commission a longuement hésité. Un de ses membres avait proposé de partager entre ce mémoire et le suivant le prix biennal; mais un examen plus approfondi, la lecture plus attentive de quelques pages tout à fait en dehors du sujet, et que nous aurions voulu pouvoir supprimer, a fait écarter cette proposition et le prix a été attribué au mémoire suivant dont je vais maintenant vous entretenir.

Ce dernier porte le n° 3 et la devise suivante : *Si les livres entraient dans les plus petits details, on pourrait se passer de l'experience* (François Bacon.) Il est intitulé : **Un nouveau**

chapitre de séméiologie. Dans ses prolégomènes l'auteur nous donne les raisons qui l'ont poussé à réunir dans un corps de doctrine les faits, épars, dans la science, sur les odeurs de l'homme bien portant ou malade.

A ses yeux, les changements d'odeur ont toujours pour cause des modifications dans les phénomènes biologiques et peuvent être utiles à la pathologie et à la thérapeutique.

C'est pour cette raison qu'il s'est livré à l'étude clinique de l'Osphrésiologienom donné par Hippolyte Cloquet à l'étude des odeurs en médecine.

Ce n'est pas la première fois, Messieurs, que le sujet vous est présenté. Déjà il y a deux ans, lors du dernier concours pour le prix que vous avez fondé, un premier mémoire sur le même sujet fut adressé à la commission. Vous n'avez pas oublié, sans doute, les critiques fondées, qu'adressa à l'auteur votre rapporteur, M. Nicolas.

Dans son remarquable rapport, notre savant collègue reprochait au candidat de 1882 des lacunes et des omissions regrettables, qui faisaient du mémoire que vous aviez alors à apprécier une œuvre incomplète.

Il n'en est pas de même aujourd'hui ; le travail dont je vous entretiens est l'un des plus détaillés et des plus complets qu'il soit possible de lire. Jugez-en vous-mêmes, Messieurs. En dehors des prolegomènes, il se compose de huit chapitres traitant successivement de l'odeur 1° de la peau et de ses annexes dans l'état de santé et de maladie, 2° de l'odeur de l'haleine, 3° de celle des crachats, 4° des vomissements et des éructations, 5° des fèces et des gaz intestinaux, 6° de l'urine, 7° des organes genitaux de la femme, 8° de la purulence et de la gangrène. Chacun de ces chapitres est à lui seul une monographie facile à détacher du corps du travail et présentant par elle-même un réel intérêt.

Certes, il n'ont pas tous la même valeur ; peut-être pourrait-on reprocher à l'auteur d'avoir un peu sacrifié les derniers aux premiers ; mais ce serait là une critique sévère que votre commission a plutôt indiquée que nettement formulée.

Mais, par contre, elle a su gré à l'auteur d'avoir fait de louables efforts pour échapper à la banalité.

Il lui eût été bien facile de terminer toutes ses descriptions d'odeur par les termes consacrés: « Odeur spéciale,sui generis.» Il n'a pas voulu abuser de ces termes vagues, et il a cherché, par des comparaisons, à faire bien saisir sa pensée ; ces comparaisons ne sont pas toujours exactes et précises,mais il eût été, vous l'avouerez, bien difficile qu'il en fût autrement.

Je n'entrerai pas, Messieurs, dans des détails plus circonstanciés, ce rapport est déjà long,et j'ai hâte d'en arriver aux conclusions ; mais qu'il me soit encore une fois permis de signaler l'importance de ce dernier travail, qui est l'œuvre d'un chercheur, d'un travailleur, d'un érudit. Rien n'a été négligé pour le rendre digne de vos suffrages. La bibliographie y est aussi complète et aussi sérieuse qu'il est possible de le désirer, les observations modernes et anciennes y sont sévèrement

contrôlées et peuvent servir utilement à tous ceux qu'interressera le même sujet.

Ils y verront, en particulier, combien est riche notre littérature médicale et combien, chaque fois qu'on s'occupe de clinique c'est dans les œuvres des cliniciens français qu'on a le plus de chance de trouver un grand nombre de documents précieux et des indications précises. L'auteur connait assurément, et il le prouve les travaux allemands et anglais, et il leur emprunte largement leurs descriptions micrographiques et leurs théories chimiques; mais, je le répète,ce mémoire pourrait, à lui seul, si c'était chose nécessaire,démontrer la supériorité de l'école clinique française.

Je vous ai, je pense, Messieurs, donné une idée suffisante de ces travaux et justifié le jugement de votre commission. Tous trois ont de grandes qualités, tous trois sont l'œuvre de médecins érudits et distingués, et c'est à notre grand regret qu'il ne nous a pas été possible de vous proposer d'être plus larges pour les récompenser.

Si vous voulez bien approuver les conclusions de votre commission, vous décernerez le prix biennal au mémoire n° 3 dont je viens longuement de vous énumérer les qualités et qui porte pour devise :

« *Si les livres entraient dans les plus petits détails, on ponrrait presque se passer de l'expérience.* »

Les conclusions de ce rapport sont adoptées. En conséquence, le pli cacheté contenant le nom du lauréat est ouvert. Le prix est obtenu par M. le docteur Monin, de Paris.

M. Picard lit une **observation de rétrécissement uréthral chez la femme** (1). Il s'agit d'une personne souffrant de symptômes dus à des végétations polypiformes de l'urèthre. Des cautérisations au nitrate d'argent n'ayant produit aucun résultat, le fer rouge fut employé ; mais, six mois après la dernière des trois cautérisations, la malade, guérie de ses végétations, n'urinait plus que difficilement par suite d'un rétrécisse, ment facilement dilatable, quoique très étroit.

Cette observation démontre les douleurs causées par le nitrate d'argent, le peu de souffrances consécutives à l'application du fer rouge, mais son danger quand il est chauffé à une très haute température. Enfin le peu de danger des rétrécissements de l'urèthre féminin.

M. Brochin demande à M. Picard s'il a mis une sonde à demeure dans la vessie.

M. Picard répond qu'il n'a pas mis de sonde à demeure.

M. Brochin pense que l'on aurait ainsi évité le rétrécissement.

M. Coupard regarde ces cautérisations faites avec le thermocautère sur les muqueuses et même sur celles du larynx comme n'offrant aucun danger.

(1) Voir n° 25 du 20 décembre 1884, du *Journal de Médecine de Paris.*

M. Picard répond à M. Guillon, lui demandant s'il ne se propose pas de faire des incisions sur ce tissu cicatriciel, que cela lui semble inutile ; il passe, en effet, dans le canal des bougies 22 et 24 de la filière charrière.

M. Coursserant, qui se sert de la cocaïne et qui en a obtenu de bons résultats, demande si elle a été employée dans les affections uréthrales.

MM. Blache et Coupard l'ont utilisée avec succès dans les maladies du larynx.

M. Danet estime que la coca est infidèle, que le chlorhydrate de cocaïne est seul actif.

M. Gillet de Grandmont rappelle que la vulgarisation de la coca est due à M. Fauvel et que les propriétés anesthésiantes de la cocaïne et en particulier du chlorhydrate sur toutes les muqueuses, y compris celle de l'œil qui perd son réflexe, ont été signalées pour la première fois en France par MM. Coupard, Bordereau et Laborde en 1882, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture de la *Tribune médicale* du 27 octobre 1882, mais que la voix de ces expérimentateurs n'eut pas alors l'écho de celle du Dr Koller, de Vienne. En somme, l'honneur de l'action d'un médicament si utile revient aux savants français.

M. Hureau de Villeneuve, fait, à l'appui de sa candidature, une communication sur l'emploi de l'eau distillée en boisson (Commission, MM. Campardon et Cyr, rapporteur).

M. Dupont présente un nouvel appareil aérothérapique.

M. Brochin lit une **observation d'ouverture d'un abcès tuberculeux avec grattage de la paroi interne chez une phtisique** (sera publié.)

M. Larrivé rappelle à ce sujet des cas de tuberculose localisés, entre autres, un abcès froid tuberculeux de la langue observé dans le service de M. Péan.

M. Boyer, au sujet de la communication qu'il a faite dans la dernière séance sur une malade opérée par lui dans le service de M. Gallard pour un polype de l'utérus, a le plaisir d'annoncer que malgré quelques petits accidents qui se sont produits du côté de la vessie, et seraient certainement survenus avec tout autre procédé, elle est aujourd'hui complètement guérie.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire annuel,
Dr Larrivé.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André ;
Maison spéciale pour journaux et Revues.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

133. — A céder bonne clientèle d'un produit de 10.000 francs et susceptible d'augmentation dans un chef-lieu de canton sur la ligne de l'Ouest (Maine-et-Loire). Conditions très avantageuses. — S'adresser au bureau du journal.

132. — Bonne clientèle médicale à vendre dans un chef-lieu de canton de l'Yonne. Communes rapprochées, routes faciles, chemin de fer, pas de pharmacien. — Toutes facilités pour le paiement. Le titulaire désire vendre par raison de santé. — S'adresser au bureau du journal.

131. — Un confrère désirerait reprendre à Paris dans un quartier du central, une clientèle d'un produit de 25 à 30.000 francs. — S'adresser au bureau du journal.

130. — Bon poste médical à prendre *de suite*, par suite de décès du titulaire dans un chef lieu de canton de l'Eure. Situation exceptionnelle produisant 10.000 fr. et susceptible d'augmentation. — S'adresser au bureau du journal.

129. — Un confrère républicain offre à un docteur également libéral une clientèle gratuite d'un rapport de 7000 fr. (plus le fixe de 1100 fr.) qui augmentera très rapidement. S'adresser à MM. Mousnier et Dampierre, pharmaciens à Sceaux (Seine).

128. — Sarthe. — A céder, un poste médical dans un chef-lieu de canton. Résidence agréable. 2 médecins, pas de pharmacien. Rapport de 4.000 fr., qui peut donner plus. — S'adresser à M. Masson, 6, rue Git-le-Cœur. —

127. — Bon poste médical à prendre à Saint-Martin-de-Bossenay, centre de 10 villages, n'ayant ni médecin ni pharmacien, à moins de 10 kilomètres, à 4 heures de Paris, bureau de poste, belles routes en tous sens, charmante habitation à louer avec belles eaux de source. — Ecrire à M. Boudard, propriétaire à Saint-Martin-de-Bossenay (Aube).

126. — Haute-Marne. — A prendre de suite un poste de campagne, très ancien, clientèle facile. Produit 5 à 6,000 fr. On louerait ou on vendrait la maison, qui depuis très longtemps a été occupée par les médecins du pays. — S'adresser à M Guilourt, à Blaise.

125. — Haute-Marne. — Un chef-lieu de canton autour duquel se trouvent groupées plusieurs communes, le tout formant une population de 1.500 habitants, demande un médecin. — S'adresser pour renseignements à la Mairie de Juzennecourt.

124. — Seine-et-Marne. — Bon poste à prendre à Touquin, commune de 800 habitants ; plusieurs villages aux environs sans médecins. Ces communes réunies font un fixe de 800 fr., chemin de l'Est, 2 correspondances par jour. — S'ad. à M. Simon, maire ou à M. Foizet, conseiller municipal.

123. — Clientèle médicale d'un rapport de 8,000 francs à prendre gratuitement; conditions : acquérir ou prendre à bail la maison du cédant. — S'adresser à M. Martin de Magny, à l'Isle-Jourdan.

122. — Poste médical vacant à prendre de suite, dans un centre traversé par 3 lignes ferrées, à 3 heures de Paris, occasion rare et excellente et pour un jeune docteur disposant de peu de fortune. — S'adresser en toute confiance à M. E. Collet, 45, avenue de l'Observatoire. En cas d'absence, prière de laisser sa carte chez le concierge.

120. — A céder de suite, après décès, clientèle de médecin, dans un quartier riche de Paris, avec mobilier, livres, instruments, etc., avec ou sans bail. — S'adresser à M. Albert Morin, 13, rue du Cherche-Midi, de 11 h. à midi ou par correspondance.

5e Année. — T. VIII. N° 3 17 Janvier 1885.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE : COMMUNICATION DE M. BOUDET, DE PARIS, SUR LE TRAITEMENT DE L'OCCLUSION INTESTINALE PAR L'ÉLECTRICITÉ ET DE M. MAGNAN SUR LES PERVERSIONS SEXUELLES. — PRIX DE L'ACADÉMIE DE TURIN.

Si, dans le cours de cette année, l'Académie de médecine arrive à faire beaucoup de besogne, et de la bonne, ce ne sera que juste d'en reporter un peu le mérite à son président actuel dont tout le monde connait l'exactitude, le zèle et la fermeté. En attendant que ces qualités, indispensables pour faire un bon président académique, aient le temps de porter leurs fruits, les travaux intéressants se suivent, sans se ressembler. Ainsi M. Boudet, de Paris, a lu une note sur l'emploi de l'élec-

FEUILLETON

DES CLIMATS FROIDS APPLIQUÉS AU TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

(Suite et fin) — *(Voir le n° 22 du 29 novembre 1884)*.

Si les indications et les contre-indications du traitement de la tuberculose par les climats rigoureux manquent de criterium, la supériorité thérapeutique que M. le Dr Jaccoud attribue aux climats froids sur les climats chauds manque non moins de preuves justificatives.

Un simple parallèle entre ces deux grandes catégories de milieux le démontrera :

L'air des altitudes, disent leurs promoteurs, étant dépourvu de poussière, est nécessairement plus pur que l'air des stations chaudes du littoral. (Ici il ne saurait être question des autres.) En cela le livre de M. Jaccoud retarde sur le mouvement scientifique. Depuis les belles découvertes de Pasteur, complétées

tricité galvanique dans l'occlusion intestinale. Ce travail est basé sur une soixantaine de cas dans 17 seulement desquels il y a eu insuccès, et encore faut-il tenir compte que dans la moitié environ de ces derniers cas il y avait impossibilité matérielle à triompher de l'obstacle. L'auteur a de plus montré la parfaite innocuité et la facilité d'application de son procédé.

M. Magnan a entretenu l'Académie de cette question toujours curieuse des perversions sexuelles chez les individus affectés de lésions nerveuses, sujet où l'école naturaliste ne s'est pas privée de puiser largement, mais qui dans le roman perd la meilleure part de son intérêt pour ne conserver qu'un attrait malsain. Dans ce mémoire, où abondent les faits les plus bizarres, M. Magnan conclut en rattachant ces troubles nerveux à l'aliénation mentale...... Tous ces individus constituent donc un petit groupe dans la grande armée des *psychopathes*, suivant le terme à la mode.

— Un prix qui ne manquera pas de faire une sérieuse concurrence — et ce n'est pas l'Académie de médecine ni l'Académie des Sciences qui s'en plaindront — au prix Saint-Paul et au prix Bréant, c'est celui que se propose de décerner tous les quatre ans l'Académie des Sciences de Turin à l'auteur (de quel sexe, de quelle profession et de quelle nationalité qu'il soit) de l'ouvrage le plus remarquable ou de l'invention la plus utile. Le vague du programme en fait le charme, et c'est ce qui assure à l'Académie de Turin une clientèle sinon choisie du moins nombreuse.

---

par la technique de Robert Koch, sur la vitalité des ferments et l'origine parasitaire des maladies virulentes, et de la tuberculose aujourd'hui reconnue telle, les poussières inorganiques ne sauraient jouer dans les qualités de l'air qu'un rôle absolument secondaire et effacé.

L'état micro-physique de l'atmosphère, ou pour mieux dire sa constitution vivante seule, peut influer sur le degré de pureté de l'atmosphère. Or, si les observations de Miquel et de Freüdenstein ont constaté l'absence de microphytes dans l'air des altitudes (1) alpestres, elles ont également établi expérimentalement l'action antimicrobiotique des substances bromoiodurées dont l'air des côtes est saturé.

(1) Miquel et Freudenstein. *Phthisie bacillaire des Poumons*, Germain Sée, 1882.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS.

—

RÉFLEXIONS A PROPOS DE DEUX POSITIONS OCCIPITO-POSTÉRIEURES DU SOMMET.

Le mardi 11 novembre, M. le professeur Pajot inaugurait ses leçons cliniques pour la nouvelle année scolaire.

Par une heureuse coïncidence une femme, qu'il nous fit voir dans les salles, occupait le même lit qu'avait occupé immédiatement avant elle une autre femme dans des conditions à peu près identiques.

Il s'agissait, dans les deux cas, d'une présentation du sommet en occipito-iliaque droite postérieure. Ces deux femmes avaient été envoyées de la ville parce que l'on n'avait pu terminer l'accouchement. Chez la première, la position ayant sans doute été méconnue, le médecin appelé avait fait une application de forceps directe, ce que l'on fait trop souvent en pareil cas, et n'avait pu réussir à entraîner la tête ; avec une application *oblique*, au contraire, l'opérateur eût saisi le fœtus par son diamètre bi-pariétal et eût pu faire exécuter à la tête le mouvement de rotation qui devait ramener l'occiput en avant.

Au lieu de cela, notre confrère de la ville tira d'abord doucement, puis plus fort, puis extrêmement fort sans que la tête

---

En second lieu, M. le professeur Jaccoud porte à l'actif de sa doctrine, et à bon droit, je le reconnais, l'uniformité thermique qui règne dans l'atmosphère des hauts plateaux. Mais la mer, ce grand réservoir de calorique, ne maintient-elle pas la température ambiante dans des conditions d'uniformité non moins grandes ?

Reste la pression barométrique dont le rôle, on le sait, est considérable en météorologie. Ici la logique vient se heurt... une étrange contradiction. Nous laissons aux partisans des ...ats froids le soin de l'expliquer. D'un côté, les défenseurs ... doctrine des altitudes établissent que la légèreté de pres... barométrique procédant de la raréfaction de l'air des hau... égions est favorable au traitement de la tuberculose. De ..., la donnée clinique met hors de doute les bons effets de

du fœtus descendit. Il prit le parti de donner à la femme un peu de repos et, laissant son forceps articulé entre les jambes de la parturiente, il alla faire quelques visites.

A son retour, il recommença des tractions de plus en plus fortes et toujours sans résultat. C'est alors qu'il se décida à envoyer sa malade à la clinique.

Ce qui est arrivé à ce confrère, dit M. Pajot, n'est pas rare. C'est même la règle quand, méconnaissant la position de l'enfant, on ne tente pas de faire la rotation en avant ou en arrière.

Voici, en effet, ce qui peut arriver dans ce cas, quand le travail est abandonné à la nature :

Ou bien, les contractions, continuant, poussent la tête jusque sur le plancher du bassin et de là derrière la vulve à travers laquelle elle se dégage plus ou moins obliquement. Quoique Capuron ait nié cette possibilité, cependant cette terminaison peut se présenter, bien qu'elle ne soit pas commune. Je ne l'ai, quant à moi, jamais vue.

Ou bien, et c'est là le cas le plus fréquent, l'occiput revient en avant, le tronc suit à l'intérieur de la matrice le mouvement de la tête dans le vagin et le dégagement a lieu en occipito-pubienne.

Ou bien, enfin, il peut arriver que la tête tourne *à l'envers* c'est-à-dire que l'occiput, s'accommodant à la courbure de l'excavation, vienne se placer dans la concavité du sacrum.

---

la forte pression barométrique des stations maritimes dans la phthisie. Or comment admettre que des conditions météorologiques aussi diamétralement opposées puissent produire des effets similaires ?

Je terminerai ces appréciations sommaires de la méthode allemande dans le traitement de la tuberculose en établissant son bilan clinique.

Je n'ai point exercé la médecine dans les sanatorias de la Suisse, je n'ai donc pas été à même de suivre pas à pas et jour par jour, les effets de l'air raréfié dans le processus tuberculeux. Mais j'ai visité à deux reprises différentes ces grands établissements hospitaliers. J'en ai admiré l'intelligente installation, et bien souvent il m'a été donné de juger des résultats cliniques effectués sur des malades qui avaient hiverné soit à Davos-Platz ou à St-

Par suite d'un mouvement de flexion exagéré, l'occiput glisse alors de bas en haut et, repoussant fortement le périnée, qui est menacé d'une rupture plus ou moins étendue et presque toujours inévitable, il vient se dégager le premier à la *commissure* postérieure de la vulve ou antérieure du périnée, ce qui est la même chose.

Si l'un de ces trois dégagements ne s'accomplissait pas, l'occiput resterait en place, sans avancer d'un côté ni d'un autre et les contractions utérines s'épuiseraient.

C'est le cas que nous présentait la première malade chez laquelle plusieurs applications du forceps étaient restées infructueuses.

Chez la deuxième femme le cas était à peu près le même ; après des tentatives d'extraction par le forceps, de plus en plus *fortes et* toujours sans résultat, on avait fini par envoyer aussi cette femme à la clinique.

Dans les deux cas, l'enfant était mort ; on avait même voulu commencer la perforation du crâne, car M. Pajot a trouvé la trace laissée par l'instrument sur le cuir chevelu, mais soit timidité, soit inexpérience de ces opérations, on n'avait pas poussé plus loin les tentatives.

M. Pajot n'eût pas de peine à terminer ces deux accouchements par la céphalotripsie sans même compléter la perforation du crâne et, dans les deux cas, le tronc a suivi, sans difficulté, l'extraction de la tête.

Moritz, et que j'avais soignés ultérieurement soit à Pau (Basses-Pyrénées), soit aux Eaux-Bonnes, soit à Menton. A ces documents personnels, je pourrais également joindre ceux qui m'ont été fournis par d'honorables praticiens de France et de l'étranger, tous parfaitement dignes de foi. Telles sont mes sources. Elles me permettent jusqu'à un certain point d'apprécier à sa juste valeur la puissance thérapeutique des climats rigoureux dans la phthisie et dans certains états morbides déterminés.

Le traitement par l'hivernage sur les altitudes à 1,800 et à 2,000 mètres de hauteur pourra avoir une influence favorable sur les individus lymphatiques ou scrofuleux, chez lesquels le développement de la tuberculose est encore *à l'état d'imminen*

dmettant, bien entendu, que la constitution offre une

de résistance suffisante pour faire face ction exci-

Mais à ce propos, le savant professeur discute devant son auditoire la conduite à tenir dans des cas semblables lorsque l'enfant vit encore, ce qu'aurait dû faire le premier confrère appelé, car on n'a pas eu de renseignements sur la manière de procéder du second.

Autrefois, dans une occipito-postérieure droite ou gauche, on appliquait le forceps en tournant la courbure supérieure de l'instrument du côté du front, conformément aux règles connues, qui veulent qu'on la tourne du côté de la partie fœtale *qu'on désire ramener en avant* et, conséquent avec ces principes, l'accoucheur amenait le front sous la symphyse et l'occiput directement en arrière. « J'ai pratiqué et enseigné cette méthode, dit M. Pajot, mais je vous déclare que l'extraction est ainsi fort difficile et que le plus souvent on déchire le périnée. »

Aussi depuis longtemps y a-t-on renoncé. Smellie, vers 1740 ou 1750, avait déjà eu l'idée d'agir comme agit la nature, c'est-à-dire de ramener l'occiput sous la symphyse. Mais la pratique de cette manœuvre est difficile, quoique l'idée en soit excellente. Comment, en effet, tourner la concavité supérieure du forceps en arrière dans le sens contraire à la courbure du bassin ? Ce n'est pas Smellie, l'inventeur du forceps courbe, qui aurait eu cette hardiesse, encore moins Levret, qui a hésité si longtemps à faire des applications de son propre instrument au détroit supérieur.

---

tante de l'air des montagnes. Donc, dans ces cas-là, effet prophylactique incontestable. Cette médication pourra également être indiquée avec quelque chance de succès à la période initiale du processus phymatique lorsque l'entité dystrophique revêtira la forme franchement torpide.

L'observation a également constaté les bons effets de l'hivernage sur les hauts plateaux de l'Engadine chez les individus porteurs de reliquats pleurétiques ou de noyaux pneumoniques, l'air stimulant des altitudes paraît en favoriser la résorption.

On pourra peut être reprocher à ces conclusions un défaut de précision clinique. Je reponds à l'objection dont je reconnais la justesse par des chiffres empruntés à la statistique publiée par Weber, source qui ne saurait être suspecte, puisqu'elle nous vient de l'Allemagne.

On y arrive cependant grâce à un procédé spécial qui consiste à faire l'application comme si l'on voulait ramener le front en avant et puis, après avoir amené par cette application oblique la tête sur le plancher du bassin, on fait exécuter à cette tête, *avec la plus grande lenteur*, un mouvement de rotation qui est suivi ou non par le tronc et on reporte le front en arrière dans la concavité sacrée ; l'occiput se trouve alors directement en avant.

Mais à la fin de ce mouvement, le forceps se trouve encore tourné en arrière, contrairement à la courbure du bassin, ce qui est opposé à toute prudence et aux règles les plus élémentaires de la manœuvre. « Mais, disent les partisans de cette méthode, ramener la courbure du forceps en arrière, n'est pas l'appliquer directement en arrière. » Quelle chicane de mots ! Comme si l'un ne valait pas l'autre quand l'application est faite et la rotation opérée ?

Bien plus, il y a un comble à cette méthode : c'est que certain professeur enseigne que l'on peut ainsi dégager la tête en laissant la courbure supérieure du forceps en arrière, cette courbure appuie alors sur la cloison recto-vaginale, laboure le périnée pendant le mouvement d'extension de la tête, et pour peu que le bec des cuillers dépasse la tête fœtale, elle risque de faire deux coupures parallèles au périnée ou à produire une fistule recto-vaginale....

« Sur 75 malades phthisiques qui passèrent en moyenne cinq « mois dans des climats neigeux, 18 furent guéris, 28 notable- « ment améliorés : 14 n'obtinront que des résultats douteux, « et 15 virent leur état s'aggraver. Il est bon d'ajouter, fait re- « marquer Weber, que sur les 18 cas de guérison, 8 furent re- « pris plus tard de nouvelles poussées phymatiques, 3 furent « perdus de vue, et 6 parurent exempts de toute lésion au bout « de quelques années ; le 18e était à la 2e période et mourut. »

En définitive, sur 75 tuberculeux, le traitement par les alti- [illegible]es ne donna que 6 *guérisons*. C'est un résultat un peu mai- [illegible], on l'avouera, surtout si on le compare à ceux que donne [illegible]jour hiverval dans les climats chauds.

[illegible] se borne l'actif thérapeutique de la méthode prônée par [illegible]ccoud dans les maladies de poitrine. Quant à son passif

J'ai vu une de ces fistules qui n'avait pas d'autre cause qu'un dégagement en arrière.

Si cette pratique reste, dans quelques cas, inoffensive dans la main d'un homme habile, elle n'en constitue pas moins comme enseignement une détestable méthode, en ce sens que nombre d'élèves, se basant sur la situation élevée de celui qui l'enseigne, commettront des fautes irréparables dès leur début dans la pratique. Malheureusement la même manœuvre est enseignée aussi par tous les anciens élèves de cette école, arrivés à une situation officielle, à bien peu d'exceptions près.

On a reproché à M. Pajot de repousser la méthode de Smellie dont nous venons de parler. M. Pajot a répondu lui-même à ces reproches par une lettre à M. Steinheil parue dans le dernier n° des *Annales de Gynécologie.*

En effet, le programme des cours de ce professeur portait qu'il fallait toujours tenter de ramener l'occiput en avant, *sans employer la violence*, avant de se décider à dégager en occipito-sacrée :

Ce n'est pas là, ce me semble, repousser la rotation de la tête. C'est sous l'influence de cet enseignement, avec lequel j'ai été bercé depuis 1857, que moi-même, en 1864, j'ai publié une série d'observations sous ce titre : *Conduite de l'accoucheur lorsqu'il est obligé d'intervenir dans les positions occipito-postérieures* (ABEILLE MÉDICALE, coll. 1864). Dans ce travail,

---

c'est-à-dire à ses contre-indications, elles sont nombreuses et accentuées.

Absolument contraire dans la phthisie parvenue à la période d'humidité et cavitaire, quelle que soit d'ailleurs sa modalité, (éréthique, torpide ou mixte) l'hivernage sur les altitudes sera non moins funeste aux individus à tempérament nerveux, sanguin, aux tuberculeux à réaction éréthique, aux hémoptoïques à quelque degré que soit parvenu le processus.

La cure par les hauteurs sera non moins contre-indiquée dans l'adénopathie bronchique, dans l'asthme, dans les affections organiques du cœur et meurtrière dans la phthisie laryngée, attendu que l'air raréfié précipite d'une façon effrayante la marche destructive du mal.

Tout esprit impartial, après lecture du dossier clinique de la

je concluais : « Étant donnée une position *occipito-postérieure* permanente, faire une application oblique du forceps en tournant la concavité supérieure de l'instrument du côté du front et tenter le mouvement de rotation de droite à gauche ou de gauche à droite, suivant les cas. Si, pour une cause ou pour une autre, on ne réussit pas à faire tourner la tête, comme l'application du forceps, si elle est bien faite, est précisément celle que l'on eût faite pour un cas inverse, on n'aura qu'à faire le mouvement de rotation en sens contraire en ramenant l'occiput en arrière et à dégager en occipito-sacrée. » On sait que le périnée court de grands risques et que l'extraction est difficile, etc., etc.

Dans cette situation, les adversaires de cette méthode conviendront que le forceps s'adapte merveilleusement à la courbure du bassin,et que, s'il survenait quelque lésion, ce ne serait pas du fait de cet instrument.

Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsqu'on ramène l'occiput directement en avant, ils ne nieront pas que le forceps soit placé contre les règles de l'art et que, pour peu que le tronc ne suive pas le mouvement de rotation imprimé à la tête, l'enfant ait la face tournée du côté du dos. Or, comme le dit si justement M. Pajot, ce n'est pas parce que des expériences faites *in anima vili* auront été négatives, au point de vue des lésions de la moelle, qu'il faudrait conclure que cette torsion exagérée

---

méthode allemande, ne pourra s'empêcher de faire une réflexion que lui inspirera la logique la plus élémentaire.

Si la classe nombreuse et variée des climats chauds n'offrait pas à la médecine des applications médicales analogues à celles qui appartiennent aux sanatorias de la Suisse et de l'Engadine, ce mode de traitement aurait sa raison d'être. Mais nous venons de voir qu'il est loin d'en être ainsi. Dès lors on cherche vainement la nécessité ou l'avantage pour les malades d'échanger l'air tiède et doux, le soleil vivifiant et remontant du littoral franco-ligurien, de l'Italie, de l'Algérie, des Iles du Portugal et des côtes de l'Espagne contre l'atmosphère glaciale, che, incisive et raréfiée des plataux dénudés de Davos-Platz St-Moritz,de Samaden, ou de Frankenstein, où les jours sont quelques heures seulement, où les nuits sont sans fin. Je ne

de la tête ne soit pas fatale pour le fœtus. Quelque matérialiste que l'on puisse être, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'il y a, surtout quand il s'agit du système nerveux, des effets dont les causes intimes et moléculaires échappent absolument à nos moyens actuels d'investigation.

Du reste, pour obvier à cet inconvénient, tout en faisant des efforts pour ramener l'occiput en avant, on avait depuis longtemps déjà proposé de faire une double application du forceps. M. Pajot avait magistralement démontré dans ses cours les avantages des doubles applications que l'école actuelle de la Maternité semble ne pas vouloir adopter ; par une première application, on ramène une position occipito-postérieure en occipito-antérieure correspondante et non en occipito-pubienne à cause de la courbure du forceps et, après avoir attendu quelques instants pour laisser au tronc le temps de suivre le mouvement de rotation imprimé à la tête, on complète la rotation par une seconde application inverse à la première.

Telle est la véritable méthode enseignée par M. Pajot depuis un grand nombre d'années, telle est celle à laquelle je me rallie dans ma pratique personnelle, en prenant les précautions recommandées dans ces circonstances. Dans mon enseignement particulier, je fais voir aux élèves sur le mannequin les deux méthodes en donnant les noms de chacun des partisans de ces méthodes. Ils sont alors juges de ce qu'ils auront à répondre

---

parle pas des jours de tourmente, et ils sont nombreux, où les malades confinés dans de grands *Halls* chauffés à blanc passent plusieurs heures au sein d'un air délétère saturé de micro-organismes bacillaires c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables à la transfusion tuberculeuse par les voies respiratoires.

Que deviennent alors les avantages prophylactiques et curatifs des altitudes tant vantés par M. Jaccoud ? Ceux qui ne sont que prédisposés à la phthisie deviennent promptement tuberculeux et les phthisiques avérés perdent dans ces foyers phtisiogènes les quelques chances d'amélioration qui leur restaient.

Est-il nécessaire d'insister pour démontrer la supériorité médicale des climats chauds sur les climats froids dans le traitement de la pthisie ? Je ne le pense pas.

Dr Cazenave de la Roche
Médecin à Menton.

aux examens et à suivre dans la pratique. Quant aux manœuvres de l'enseignement officiel, n'opérant que sous la direction de l'agrégé chargé du cours auxiliaire, je fais exécuter aux élèves ce que celui-ci a enseigné *sans y ajouter aucun commentaire.* Mais je remarque *in petto* que cet enseignement varie suivant que l'agrégé appartient à telle ou telle école.

M. Pajot a aussi, après ces considérations si logiques, parlé du procédé recommandé par M. Tarnier, pour exécuter la rotation avec les doigts. Il croit que la tête ne tournera par ce moyen que dans les cas où elle aurait tourné seule. N'ayant pas d'expérience à ce sujet, je m'abstiendrai d'en parler. Je sais seulement qu'il est quelquefois bien difficile de faire tourner la tête *même avec le forceps régulièrement appliqué.* Combien, pour le dire en passant, ces applications obliques dans l'excavation ne seraient-elles pas simplifiées par l'usage du forceps droit. Il est vraiment étonnant que notre grand clinicien de la Maternité n'ait pas cherché à le faire revivre dans la pratique des accouchements, lui qui, à une certaine époque, s'était fait le défenseur du levier.

Pour ce qui est du procédé recommandé par l'auteur de l'article des *Annales de Gynécologie* auquel répondait M. Pajot, je crois que, si dans une occipito-postérieure, l'accoucheur peut parvenir à faire pénétrer toute sa main au niveau de la symphyse sacro-iliaque, il aura plus de force pour faire tourner la tête en position antérieure qu'il n'en aurait avec les doigts agissant sur la tête dans l'excavation ; et, s'il réussit, il aura simplifié l'opération en ce sens qu'elle se réduira à une seule application oblique. Mais réussira-t-il ? Telle est la question que l'expérience et la pratique seules peuvent résoudre.

Lorsque l'enfant est mort, les choses sont bien simplifiées et la conduite à tenir est celle qu'a tenue M. le professeur Pajot, c'est-à-dire appliquer le céphalotribe. Le bassin étant d'ailleurs normal, l'extraction ne souffrira aucune difficulté. Il va sans dire que, dans tous les autres cas, on devra agir avec la plus grande douceur, sans la moindre violence.

Le Maître a bien voulu, en terminant, rappeler un principe que j'ai pour mon propre compte cité bien souvent à mes élèves dans mes écrits et dans mes cours : *Non vi, sed arte.*

Dr E. Verrier,
Préparateur à la Faculté de Médecine.

REVUE CLINIQUE

NOTE SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'AVANCEMENT MUSCULAIRE

Par le Docteur A. DEHENNE (1).

Je désire vous entretenir d'une petite modification que j'ai apportée à une opération fort délicate de la chirurgie oculaire, et qui, grâce à ce perfectionnement, me paraît devoir être très facilitée dans son exécution. L'anesthésie locale par le chlorhydrate de cocaïne apporte aussi son appoint, car jusqu'à ce jour il ne fallait guère songer à pratiquer cette opération sans chloroforme.

L'idée première de ce perfectionnement appartient à M. Abadie. Je décrirai donc son procédé, et je noterai en passant la modification qui m'est propre. Il s'agit de *l'avancement musculaire*, nécessité pour un strabisme paralytique, et lorsque tous les moyens médicaux ont échoué. La difformité qui résulte de la paralysie, et surtout la diplopie persistante et fort gênante poussent les malades à réclamer l'intervention chirurgicale. Il est bien évident que lorsque un muscle moteur est complètement paralysé, la ténotomie de l'antagoniste est insuffisante ; elle n'est et ne peut être que le prélude de l'avancement.

Cette opération consiste à détacher le muscle paralysé de son insertion scléroticale, et à l'approcher le plus possible du bord de la cornée, où on le maintient à l'aide de points de suture qui passent dans le muscle et dans la conjonctive. M. de Werker a proposé récemment de n'avancer que la capsule, sans toucher au muscle. Je n'ai pas une expérience suffisante de l'avancement capsulaire, pour me prononcer en parfaite connaissance de cause. Je l'ai tenté deux fois ; il ne m'a pas paru donner les mêmes résultats que l'avancement musculaire. Rien ne paraît plus aisé au premier abord que de détacher un muscle abducteur ou adducteur, d'y passer des points de suture, de le reporter en avant et de venir le fixer sur le bord cornio-sclérotical, en passant dans la conjonctive les fils destinés à ame-

(1) Lue à la Société médicale du IXe Arrondissement dans sa séance du 8 janvier 1885.

ner une nouvelle adhérence du muscle à la sclérotique. Rien, au contraire, n'est plus difficile que de détacher le muscle, et d'aller le chercher ensuite pour y passer les points de suture. Aussi parait-il tout naturel de passer les fils avant de détacher le tendon. C'est cette idée toute simple qui est venue à l'esprit de M. Abadie ; il l'a mise à exécution le premier et a parfaitement réussi. La façon de tailler le lambeau conjonctival diffère dans nos deux procédés ; j'y ai ajouté la résection de l'extrémité tendineuse du muscle. Nous pratiquions tous l'avancement en nous servant du double crochet, dont les mors rapprochés, comme ceux d'un brise-pierres, permettaient de saisir le muscle et de le maintenir pendant qu'on passait les fils, sans courir le risque de le lâcher. Ce procédé a l'inconvénient de nécessiter la présence d'un aide expérimenté, et qui fasse bien attention de ne pas lâcher le crochet au bon moment.

Si l'on suppose le muscle droit externe gauche complètement paralysé, l'œil se trouve dévié en strabisme convergent, et il y a diplopie homonyime, phénomènes de fausse projection, vertiges, etc. Il s'agit de mettre le globe de l'œil au milieu de la fente palpébrale, de corriger la difformité, etc. Si l'opération réussit, il ne persiste de diplopie que dans le regard à gauche ; le malade la supprime par des mouvements de latéralité de la tête.

Voici comment procède M. Abadie :

Le premier temps de l'opération consiste dans la ténotomie du muscle droit interne ; pour moi, je la pratique le jour même, ou dans les quelques jours qui précèdent l'avancement.

Ensuite une incision verticale est pratiquée à la conjonctive, le long du bord externe de la cornée ; puis, à l'aide de deux autres incisions, on limite un lambeau triangulaire, que l'on excise, de façon à avoir devant les yeux, et se présentant très nettement, le muscle à avancer.

Le crochet à strabisme est passé sous le muscle, afin de le dégager complètement de ses adhérences aponévrotiques. Les res supérieures et inférieures sont détachées ; on ne laisse milieu même de l'ouverture tendineuse que quelques fibres usculaires destinées à empêcher le muscle de se rétracter ; iis les fils sont passés dans la conjonctive, le muscle et de

nouveau dans la conjonctive. Les fibres encore adhérentes sont sectionnées. Un aide, à l'aide de la pierre à fixation, porte le globe oculaire en dehors, et les fils sont serrés, sans que l'opérateur exerce de traction sur la conjonctive, car il serait exposé à la déchirer. Les fils de la suture une fois noués, la correction doit dépasser un peu celle que l'on se propose d'obtenir ; comme le fait très justement observer M. Abadie, si le centre de la cornée était bien exactement au milieu de la fente palpébrale, le jour même de l'opération, il se trouverait le lendemain ou le surlendemain, un peu dévié vers sa position défectueuse première, à cause du relâchement du muscle, de la conjonctive, des adhérences celluleuses.

En vue même de la production de ce relâchement, et afin d'obtenir un effet correcteur plus considérable, je procède de la façon suivante :

L'incision verticale est pratiquée à 3 ou 4 millimètres de la cornée, de façon à avoir là un lambeau, dont je ne me servirai que s'il est nécessaire, et que j'appelle lambeau de soutien. Le muscle étant bien dégagé par le crochet à strabisme, je passe mes fils dans le corps du muscle lui-même, et le plus en arrière possible. Je le détache ensuite d'un seul coup après avoir confié les fils à un aide, et j'en résèque un morceau ; puis les fils sont passés dans la conjonctive en arrière et en avant, légèrement en diagonale, comme dans le procédé précédent, en faisant porter le globe par un aide vers le muscle à avancer. Ceci fait, si je crains que mes premiers fils ne cèdent, et que la conjonctive se relâche, je passe deux autres fils directement à travers le muscle et le lambeau cornéo-sclérotical.

De cette façon, je puis obtenir des avancements très considérables. Les fils peuvent sans inconvénient être laissés en places pendant plusieurs jours.

J'ai dans deux circonstances récentes, employé ce procédé. Il m'a parfaitement réussi.

Dans les opérations de reculement, le plus grand soin du chirurgien doit être de rester plutôt en deçà de l'effet à obtenir. Dans les opérations d'avancement, au contraire, il est indispensable d'aller au-delà, si l'on veut obtenir un effet satisfaisant.

Autant la résection du muscle donnerait un résultat dé-

plorable dans le reculement, et elle a été proposée, autant elle me paraît indiquée dans l'avancement.

POLYPE EXTRA-UTÉRIN.—TENTATIVE D'EXTRACTION A L'AIDE DE L'ÉCRASEUR SANS RÉSULTAT. — ABLATION PAR TORSION.—PHLÉBITE UTÉRINE ET PHLEGMATIA ALBA DOLENS CONSÉCUTIVES. — RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL PAR EMBOLIE. — GUÉRISON.

Par le Dr Reigner, de Surgères (1).

La femme qui nous a fourni cette étude habite le Cher, canton d'Aigrefeuille. Elle a 45 ans environ. Depuis dix-huit mois elle est épuisée par des métrorrhagies abondantes qu'elle attribue à l'approche de l'âge critique.

Elle est pâle, profondément émaciée et au moment de l'examen elle est encore sous le poids d'une perte excessive. Tous les organes sont sains, sauf l'utérus qui présente un aspect bosselé et remonte à deux ou trois travers de doigt au-dessus de la ceinture osseuse du bassin. — Au toucher, le col est fermé. Quand les hémorrhagies cessent, la période intercalaire est occupée par des pertes blanches sans odeur, mais extrêmement abondantes.

Il n'y a point de glandes dans l'aine, point d'ulcération, ni de dureté du col. Bref, le diagnostic s'affirme nettement dans le sens d'une prolifération fibreuse intra-utérine probablement à la veille de se pédiculiser. La glace et le seigle ergoté arrêtent la perte. Au bout d'un mois de son usage intermettent, le col s'ouvre brusquement et donne passage à une masse mal circonscrite du volume des deux poings environ.

Il est impossible à l'aide du doigt de déterminer un pédicule. C'est avec peine s'il atteint le rebord circulaire du col. Je propose l'opération. A ce moment se manifeste dans la famille le désir d'un spécialiste.

Au moment du toucher, l'opérateur qui m'est adjoint éprouve un moment de surprise qui l'égare et paraît renverser mon diagnostic de polype extra-utérin. Son doigt tombe en effet

(1) Communication à la Société de médecine pratique. Séance du 20 novembre 1884.

dans une cavité qu'il prend pour le col, et ce n'est qu'après un examen approfondi et l'affirmation énergique de ce que j'ai nettement établi avant son arrivée, qu'il reconnaît positivement la masse polypeuse échappée de l'orifice. L'application du spéculum révèle du reste la cause de son hésitation et montre la cavité creusée dans la masse morbide. Cette masse répand déjà une odeur infecte. Elle est résistante par places et ramollie dans la plus grande étendue. Des phénomènes de résorption se sont produits. La malade présente de la fièvre rémittente. Son teint est jaune. Il est urgent de la débarrasser d'un tissu en voie de désorganisation dont les éléments sont résorbés. L'écraseur est appliqué, mais en vain. Deux fois la chaîne embrasse le champignon polypeux. Deux fois elle glisse sur ses parois et revient aussi impuissante que bien placée. Je propose le serre-nœud de Gooch. Son application est littéralement impossible.

L'arrachement, que mon confrère essaie à plusieurs reprises, n'amène que des débris ridicules, et les pinces, enfoncées dans ce magma, diffluent par places, n'aboutissent qu'à une défaite de plus. L'opérateur, incontestablement habile, mais battu, repart, me laissant sur les bras les responsabilités d'une masse en voie de putrescence et résorbée comme un placenta, et d'une malade qu'il considère comme absolument désespérée.

Je la revois le lendemain. La situation est nette. Il faut la débarrasser de ce foyer, ou elle est perdue. La famille et la malade elle-même mises au courant de la position, je me mets courageusement à l'œuvre, et à l'aide de longues aivignes à manches appliquées comme un forceps et implantées à travers toute l'épaisseur de la gangue morbide, j'essaye de tordre un tissu abominablement friable dont le peu de résistance me rassure toutefois au point de vue de la dilacération possible du tissu utérin. Le but que je poursuis en fixant chaque branche de la pince à aivignes à l'extrémité du diamètre de la masse tout entière et en la comprenant, en quelque sorte, comme entre les branches d'un forceps à pénétration, est évident. J'espère, et le résultat a confirmé mes prévisions, trouver dans l'étendue de ce périmètre déliquescent un substratum fibreux assez résistant pour fixer l'instrument solidement et lui donner la vigueur nécessaire pour une torsion effective,

torsion tentée vainement la veille par mon confrère et qui n'avait abouti qu'à une fragmentation insignifiante du tissu putrilagineux.

Au bout de dix minutes de tentatives réitérées, je finis par amener par lambeaux d'une part un polype entier en voie de décomposition, et d'un seul bloc un polype frais à facettes mesurant la grosseur du poing. Tous les deux s'étaient engagés à la fois dans le col, tous les deux étaient sessiles, et c'est de leur compression réciproque qu'était résulté l'état gangreneux d'un des jumeaux. Après leur extraction, l'utérus reste encore farci de productions fibreuses qu'il m'est impossible d'attaquer. Les suites furent fort inquiétantes. De la sensibilité utérine sans péritonite, des frissons le soir, de la fièvre avec paroxysmes, une inappétence absolue, une anémie énorme, une phlegmatia alba dolens consécutive, accusèrent nettement la continuité de l'infection et la phlébite utérine. Tout allait mieux cependant au bout d'un mois et demi de traitement quand la malade est frappée brusquement d'hémiplégie. Le délire, l'agitation, la miction et la défécation involontaires viennent successivement assombrir le tableau. Sous l'influence des nervins combinés aux régulateurs de la circulation sanguine (*Aconitine*, *digitaline*, *arséniate de strychnine*, *acide phosphorique*), la malade s'est rétablie complètement. L'utérus reste cependant criblé de corps fibreux, mais les hémorrhagies qui avaient survécu, quoique moins fréquentes, à l'extraction des deux polypes, n'ont pas reparu depuis un an. La reconstitution s'est faite brillamment. Les membres ont reconquis toute leur vigueur, l'intelligence sa netteté. La sanguification est riche et active. Nous n'avons donc qu'à nous féliciter d'avoir employé dans ce cas une méthode d'extraction à bon droit réprouvée (la torsion) et d'avoir fait intervenir pour la réaliser la préhension de la masse fuyante par la totalité de ses diamètres. Les phénomènes de ramollissement du cerveau amenés par thrombose ou embolie, et le retour complet de la locomotion et de l'intelligence sont des faits épisodiques qui donnent à cette observation une couleur particulièrement originale qui nous a encouragé à la soumettre à la bienveillante attention de la Société de médecine pratique de Paris.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La chorée chez les gens âgés, par le Dr SAUNDBY (de Birmingham). — C'est surtout le professeur Charcot qui a attiré l'attention sur ce sujet. Le Dr Saundby donne le résumé de douze cas, dont trois observés par lui, et parmi lesquels 6 hommes, 4 femmes et 2 personnes dont le sexe n'est pas indiqué. L'âge a varié entre 50 et 87 ans ; les cas les plus nombreux ont été au-dessus de 70 ans ; du reste, l'âge moyen pour ces douze cas est de 72 ans. Dans la plupart de ces observations, on a eu soin de spécifier qu'il s'agissait bien de mouvements choréiques et non de tremblements séniles auxquels on donne souvent et tout à fait à tort le nom de chorée sénile. Le professeur Charcot a suffisamment insisté sur les différences qui caractérisent ces deux états, différences tellement évidentes d'ailleurs qu'on ne peut manquer de reconnaître la véritable chorée, à moins d'en ignorer ou d'en nier la possibilité à cette période de la vie. Dans aucun des cas rapportés par l'auteur, on ne signale le rhumatisme dans les antécédents ; trois ont présenté une coïncidence d'affection organique du cœur ; dans trois autres il y avait démence ou manie. Chez un certain nombre, on a attribué la chorée à des émotions.

D'après ses recherches personnelles, le Dr Saundby est porté à croire que cette affection serait liée à quelque lésion de l'encéphale, telle que de petites hémorrhagies des corps striés, et qu'elle ne consisterait donc pas en des troubles purement fonctionnels.

Le bromure de potassium et le sulfate de zinc ont paru exercer une action favorable. (*The Lancet*, 29 novembre 1884).

J. C.

Diabète traité par le lait écrémé, par le Dr LINDSAY PORTEOUS. -- Parmi plusieurs cas de ce genre qu'il a suivis, l'auteur rapporte le suivant. Homme de 49 ans, traité d'abord pendant environ cinq mois par la codéine à la dose de 12 à 25 centigr. par jour régulièrement, traitement qui fut continué

plus tard pendant plus de deux ans et demi, mais en alternant avec le bromure de potassium, le salicylate de soude, la strychnine, etc. Régime sévère. Le sucre diminua considérablement, mais ne disparut jamais. La cure par le lait écrémé a alors été tentée et suivie exclusivement pendant deux mois à la dose de 4 litres, puis tempérée par l'addition de lait caillé, d'œufs, etc. Sous l'influence de ce traitement, les urines qui donnaient, avec la liqueur de potasse, une coloration très foncée, ont fini par ne plus donner de réaction ; la densité est descendue de 10 8 à 1012, pour se relever à 1020 ; la quantité d'urine est tombée de 6 litres à 3 litres ou 3 litres et demi ; le poids du corps est d'abord descendu de 86 kil. 5 à 84, pour remonter au bout de trois mois à 95 kil. 5 ; enfin l'état général s'est amélioré en proportion en ce sens que le malade qui pouvait à peine faire quelques centaines de mètres, avait la peau sèche et parcheminée, la vue très affaiblie, etc., faisait plus tard une vingtaine de kilomètres sans fatigue, transpirait facilement, écrivait et lisait sans peine des heures entières, enfin avait repris toutes les apparences de la santé.

Ce cas est à rapprocher des observations analogues publiées par Headlam Greenhow, par Scott Donkin et autres ; mais, comme à la plupart de ces dernières on peut lui adresser le même reproche, c'est de ne pas nous donner l'état du malade plusieurs mois après la cessation du traitement. (*Edinburgh méd. Journ.* décembre 1884). J. C.

Cas d'empoisonnement par des sardines, par le Dr Addinsell.— Presque immédiatement après avoir fait une collation composée d'un peu de pain bis et de beurre, et de quatre sardines (le restant d'une boîte entamée depuis quelques jours), une dame est prise de bâillements bientôt suivis de vomissements et de diarrhée très abondants, 5 vomissements et 7 garde-robes dans l'espace d'une heure. Le médecin, qui la voit quatre heures après ce repas, la trouve dans l'état suivant : prostration, sueurs froides, pouls insensible, pupilles contractées, lèvres livides, soif vive, douleurs intenses dans la région ombilicale, crampes dans les jambes, température au-dessous de la normale (36°). On prescrit de la glace à sucer et des applications sur le ventre de flanelle imbibée de térébenthine,

puis injections de morphine et eau-de-vie avec de la glace. Collapsus complet. Dans les vomissements,on retrouve de l'eau-de-vie et des mucosités sanguinolentes. Cependant, les crampes finissent par se calmer, les vomissements diminuent de fréquence, la température remonte à l'état normal, le pouls redevient perceptible, enfin la malade commence à se sentir mieux. Eau-de-vie albumineuse avec un peu de glace. Dans la nuit, sommeil assez bon, mais encore quelques vomissements et quelques garde-robes. Enfin, dix-sept heures après le début des accidents, on pouvait considérer la malade comme guérie, bien que très faible encore.

L'auteur se demande quel a été l'agent toxique dans ce cas. Il écarte l'étain, parce que, d'après Attfield, quand ce métal se trouve à dose toxique dans quelque aliment, il lui communique un goût tel que la malade n'aurait certainement pas mangé les sardines s'il y en avait eu. Quant à l'huile, il n'en restait autant dire pas. On est donc forcé d'admettre que les accidents en question étaient dus aux sardines elles-mêmes, et alors on est porté à se demander combien de temps une boîte de sardines peut rester ouverte sans que celles-ci s'altèrent et quelle espèce d'agent toxique est susceptible de s'y développer. *The Lancet* 27, septembre 1884.) J. C.

Physiologie de la sécrétion biliaire, par le Dr Baldi. — Le Dr Baldi a fait récemment, dans le laboratoire du professeur Luciani (de Florence), des recherches expérimentales sur cette question et est arrivé à des conclusions assez différentes des résultats obtenus par les expérimentateurs qui l'ont précédé. Il a constaté d'abord une grande irrégularité dans la marche de la sécrétion biliaire, caractère qui déjà la distingue des autres sécrétions digestives. Autres particularités : la sécrétion de la bile ne s'arrête pas pendant le jeûne ; bien mieux, le maximum de la sécrétion biliaire peut être atteint aussi bien à jeun que pendant la période digestive. Cependant, d'une façon générale, il est sécrété une plus grande quantité de bile pendant les quelques heures qui suivent le repas qu'à jeun.

Quant à l'influence exercée par le genre de nourriture, l'auteur a trouvé qu'elle était nulle : que la nourriture soit exclusivement composée de substances amylacées, albuminoïdes,

ou grasses, ou qu'elle soit mixte, la sécrétion biliaire est la même comme quantité et comme qualité.

Ces diverses particularités font que la sécrétion de la bile se distingue assez nettement des autres sécrétions digestives et rapprochent, au point de vue fonctionnel, le foie des reins.

Relativement à l'action des cholagogues, Baldi se trouve encore en désaccord avec la plupart des autres expérimentateurs. Roehrig avait classé les cholagogues dans l'ordre suivant : 1° la coloquinte (le plus énergique), puis le jalap, l'aloès, le séné et la rhubarbe ; Rutherford place en première ligne le podophyllin, puis la rhubarbe, l'aloès, la coloquinte, le séné, etc. Baldi a expérimenté le podophyllin, la rhubarbe, le jalap, le phosphate de soude, la pilocarpine et l'eau de Karlsbad, et il en est à se demander si ces substances ont bien une action cholagogue.

Enfin, l'auteur a constaté que l'injection de bile de bœuf chez le chien, soit dans les veines, soit dans le sang, soit dans l'estomac, produit une augmentation dans la quantité de bile éliminée, augmentation qui a persisté pendant six heures après l'injection, ainsi qu'un changement de coloration qui de jaune est devenue verte. Dans aucune de ces expériences on n'a retrouvé de bile dans les urines.

Peut-être faudrait-il faire quelques réserves sur la valeur de ces recherches, faites sur des chiens pourvus de fistules biliaires chez lesquels la quantité moyenne journalière de la sécrétion biliaire va en diminuant progressivement à mesure que l'animal perd de son poids, qu'il cesse de se nourrir et qu'il arrive bientôt au marasme auquel il doit fatalement succomber. Or, dans ces conditions, la sécrétion biliaire, de continue qu'elle était, devient irrégulièrement intermittente. Les expériences sur les cholagogues notamment, sauf celles sur la pilocarpine, ont été commencées au début de la période où l'animal cessait de se nourrir. (*Archives italiennes de Biologie*, t. III, p. 389 à 397). J. C.

CHIRURGIE.

Néphrectomie. — Guérison. — Un jeune garçon (l'âge n'est pas mentionné) entra à l'hôpital dans le service du Dr Macewen, après avoir souffert pendant plusieurs mois de

symptômes de calcul rénal. A son entrée, il était dans le subdélirium, le pouls était faible et la face livide. L'urine renfermait du pus en abondance et des cristaux de phosphate de chaux. Dans la région rénale on constatait à droite une augmentation de matité et la région lombaire était le siège d'un empâtement marqué. On l'opère en lui pratiquant l'incision lombaire. On trouve deux calculs rénaux, l'un occupant l'uretère et la plus grande partie du bassinet, l'autre dans le parenchyme du rein. Les deux calculs furent retirés ; mais comme l'organe était rempli d'abcès et que sa substance corticale était diminuée d'épaisseur, on fit la néphrectomie. L'opération réussit pleinement, l'enfant était guéri au bout de dix semaines. (*Glasgow Med. Jour.*, 7 Juin 1884, et *Archives of pediatrics*, août 1884).

A. Rizat.

Abcès sus-maxillaire. — Phlébite des veines faciales et des sinus de la dure-mère. — On sait avec quelle facilité relative les veines de la face peuvent s'enflammer par voisinage à la suite d'une lésion insignifiante, telle que le furoncle. Ces phlébites faciales peuvent amener l'inflammation des sinus de la dure-mère ou produire l'infection purulente et occasionner ainsi la mort du sujet. Mais ce qu'on ignore généralement, c'est que les mêmes conséquences peuvent également rencontrer pour causes les ostéo-périostites alveolo-dentaires. — Guyon, Théophile Anger et Demons, de Bordeaux, ont rapporté des observations dans lesquelles on voit l'inflammation du maxillaire inférieur produire la phlébite des veines faciales et des sinus et amener la mort.

Le Dr Colombe, de Lisieux, vient de publier une observation dans laquelle le même processus et la même terminaison sont survenus à la suite d'une périostite alvéolo-dentaire du maxillaire supérieur.

Quoique l'autopsie n'ait pas été pratiquée, le diagnostic semble certain à la lecture de l'observation que nous résumons :

« 7 août : le malade est un enfant de dix ans alité depuis cinq ou six jours. Toute la moitié gauche de la face est le siège d'un gonflement dur, œdémateux, sans fluctuation, qui s'étend à la région sus-hyoïdienne. La bouche s'ouvre à peine ; l'enfant parle difficilement.

La tuméfaction augmente et, le 12, le doigt rencontre un abcès de la voûte palatine que l'on ouvre ; l'œdème diminue, puis reparaît. Le 16, on ouvre un nouvel abcès. L'œdème a gagné la paupière à droite : on ne constate pas d'exophthalmie ; à gauche les veines de la joue sont nettement dessinées et il en est une qui donne au doigt la sensation d'un cordon dur et qui se dirige vers le sillon naso-genien pour aboutir à la racine du nez.

Le 18 le malade est pris de deux frissons dont un très violent ; il tombe dans le coma et la mort arrive le lendemain, l'œdème ayant presque entièrement disparu.

Cette observation méritait d'être recueillie et signalée, car elle est la seule dans laquelle on ait vu l'inflammation des veines faciales et des sinus être le résultat de l'ostéo-périostite du maxillaire supérieur. Les autres observations de ce genre ne concernent que les lésions du même ordre ayant pour siège le maxillaire inférieur. (*Union médicale*, 20 *nov*. 1884.)

D[r] FISSIAUX.

De l'emploi des pointes métalliques pour fixer les os après les résections articulaires et après les résections du genou. — M. Dumons procède de la façon suivante :

Après avoir assuré l'hémostase par les procédés ordinaires, il fait tenir les deux os par un aide et dans un rapport convenable, et c'est alors qu'il fixe un nombre variable de ces pointes.

Les pointes doivent être laissées environ vingt jours ; leur extraction est facile, leur introduction n'expose à la lésion d'aucun organe, leur présence dans le tissu osseux est bien tolérée et n'y détermine aucune inflammation et, à plus forte raison, n'entraîne aucune nécrose. (*Congrès de Blois.*)

Calcul « membrano-vésical ». — Le D[r] Chiene, d'Edinbourg, reçut dans son service un jeune garçon âgé de cinq ns qui se plaignait d'avoir de fréquentes envies d'uriner. Une onde introduite dans la vessie donnait une sensation rugueu- à mesure qu'elle pénétrait dans la région membraneuse. lais on ne sentait aucun calcul dans la vessie. On introduit n conducteur jusque sur le calcul et on divise la région mem-

braneuse. En voulant faire sortir la pierre à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum, la pierre tomba dans la vessie, on prolongea alors l'incision à travers la prostate jusque à la cavité vésicale et on retira la pierre. La grosse extrémité de la pierre était dans la vessie, la petite extrémité était moulée sur l'urèthre. (*Edenburgh Med. Journal.* Juin 1884, et *Archives of pediatrics.* Sept. 1884.) A. Rizat.

OBSTÉTRIQUE, GYNÉCOLOGIE ET PÉDIATRIE

Crises clitoridiennes du tabes, par le Dr Pitres, de Bordeaux. Les crises clitoridiennes ont été observées pour la première fois en 1866 par MM. Charcot et Bouchard chez une ataxique fruste. Cette malade avait, en même temps que des douleurs fulgurantes dans les membres, « *des sensations voluptueuses qu'elle comparait à celle du coït et qui survenaient spontanément* ».

La plupart des auteurs qui se sont occupés, depuis 1866, de la symptomatologie du tabes ont signalé, en s'en rapportant à l'autorité de MM. Charcot et Bouchard, les *crises clitoridiennes* dans leurs descriptions des diverses crises tabétiques. Mais aucun d'eux, à ma connaissance, n'a rapporté d'observation nouvelle et détaillée de cette anomalie singulière de la sensibilité des organes génitaux. Les crises clitoridiennes ne sont cependant pas très rares, et il y a actuellemeut à l'hôpital Saint-André deux malades chez lesquelles ce symptôme s'est montré avec une grande netteté. La première est dans le service de mon excellent collègue et ami M. le professeur Vergely, salle 5, n° 13. C'est une femme de quarante-huit ans, atteinte d'ataxie confirmée. Sa maladie a débuté en 1880 par des crises gastriques relativement légères. A la même époque se montrèrent plusieurs crises clitoridiennes. Deux fois par mois environ, sans provocation physique ou psychique, la malade ressentait un chatouillement clitoridien qui persistait, en augmentant d'intensité, pendant un quart d'heure à vingt minutes, et se terminait par un spasme érotique complet avec abondante sécrétion vulvo-vaginale. Cet accident survenait tantôt le jour, tantôt la nuit. Aucun prodrome ne l'anonçait. L'érection clitoridienne cessait très peu de temps après l'éjaculation et n'était suivie d'aucune fatigue notable.

Pendant une année entière, les vomissements et les crises clitoridiennes furent les seuls symptômes du tabes. En 1881 survinrent des douleurs fulgurantes dans les membres, des douleurs en ceinture, des troubles dans les perceptions sensitives, et enfin l'incoordination motrice des membres inférieurs.

La seconde malade est dans mon service (salle 7, n° 19.) Elle est âgée de quarante-quatre ans. Le début de sa maladie remonte à l'âge de trente-deux ans, époque à laquelle elle devint sujette à des douleurs de tête très vives, lancinantes, siégeant surtout à l'occiput et aux tempes. Ces douleurs survenaient trois ou quatre fois par mois et furent considérées par le médecin traitant comme des douleurs névralgiques simples. En même temps que ces douleurs, survinrent les premières crises clitoridiennes. Elles étaient précédées par un battement de cœur violent ; puis, quelques instants après, les organes génitaux devenaient le siège de sensations voluptueuses tout à fait semblables à celles qu'aurait pu déterminer le coït. La crise se terminait par une abondante sécrétion vulvo-vaginale, et l'impression de la volupté était telle que la malade en demeurait comme anéantie pendant quelques minutes. Ces crises voluptueuses se sont reproduites avec les mêmes caractères environ quatre ou cinq fois par mois pendant une dizaine d'années (de 1871 à 1881). Elles survenaient indifféremment la nuit ou le jour ; elles n'étaient provoquées par aucune pensée érotique. Souvent elles surprenaient la malade pendant qu'elle était occupée aux travaux de son ménage ou quand elle était assise. En 1881, les signes non douteux de l'ataxie apparurent sous la forme de crises, de douleurs fulgurantes dans les membres et d'incoordination motrice des membres inférieurs. Aujourd'hui la malade est une ataxique confirmée ; il est curieux de noter que les crises clitoridiennes ont cessé de se produire à peu près à l'époque où les douleurs fulgurantes des membres ont apparu. Depuis 1881, la malade n'en a plus eu une seule.

Nouveau procédé opératoire pour l'ablation du calcul vésical chez la femme, par le Dr Beaumont, chirurgien-major, à Hyderabad (Inde). — Une petite fille de 9 ans en-

tre à l'hôpital de la Charité d'Indore le 6 mars 1875, souffrant de tous les symptômes de la pierre. Comme le calcul était trop volumineux pour essayer la lithotritie chez un enfant de cet âge, et le chirurgien ne se souciant pas de tenter la taille vaginale chez une malade aussi jeune, le chirurgien eut l'idée d'enlever la pierre en modifiant le procédé opératoire de la taille latéralisée chez l'homme. Le 9 mars, on pratique l'opération ; la petite malade est placée comme pour la taille latéralisée. On introduit un conducteur courbe dans l'urèthre et le chirurgien fit dans la petite lèvre gauche une incision parallèle à la branche ischio-pubienne et aussi près que possible de l'os. Puis il prolongea cette incision en disséquant en dedans et en haut dans la direction du col de la vessie, en évitant avec soin le vagin jusqu'à ce qu'il sentît le conducteur dans la portion membraneuse de l'urèthre. Le col de la vessie est incisé, et la pierre enlevée sans difficulté à l'aide de tenettes. Le calcul mesurait trois quarts de pouce de diamètre (0,02 cents). Pendant quelques jours l'urine s'écoula par la plaie ; mais celle-ci se cicatrisa bientôt ; et au bout de trois semaines la guérison était complète. — (*Brit. Med. Journal*, october 4, 1884.)

A. Rizat.

Trois cas de fibrôme utérin, observés pendant la grossesse, l'accouchement, les suites de couches. (Dr Arturo Bompiani. — L'auteur, après avoir donné les observations et montré les difficultés que peut offrir le diagnostic, termine par les conclusions suivantes :

Ces trois cas observés paraissent confirmer les idées de Winckel et Roehriz et de plusieurs autres auteurs, que les fibrômes constituent une cause efficiente de stérilité, qu'ils sont pour le moins un obstacle à la fécondation et retardent la conception.

Il est important de déterminer leur siège par rapport à leur fréquence et leur influence sur la grossesse et l'accouchement ; Chabazion, sur 380 cas de fibrôme de l'utérus gravide, en trouva 80 du col et de préférence sur la lèvre postérieure.

Ce lieu d'implantation explique comment la grossesse peut aller à terme sans inconvénients dans quelques cas. D'après les recherches de Forget, les tumeurs du fond ou du segment supérieur donnent lieu à l'avortement ; celles du segment in-

férieur et du col provoquent l'accouchement prématuré ; par leur siège, leur volume, les tumeurs du col expliquent les difficultés qui se présentent au moment de l'accouchement.

Le ramollissement de la tumeur au terme de la grossesse, son déplacement, rend possible l'accouchement.

La rupture des membranes est précoce soit parce que les premières contractions proportionnées à l'épaisseur des parois qui se contractent sont excessives par rapport à la résistance des menbranes, soit parce que les contractions utérines sont asymétriques, inégales et amèneront plus tard l'inertie secondaire.

La délivrance est souvent artificielle, 23,68 %. Dans le diagnostic, il est important d'établir le siège de la tumeur.

Quant au pronostic et au traitement, chaque cas particulier offre des médications spéciales. Pendant la grossesse, le plus grand nombre des auteurs pense qu'on doit attendre, laisser aller à terme, car on doit compter beaucoup sur le ramollissement de la tumeur. Toutefois, si la tumeur est très volumineuse, remplit toute l'excavation, il parait moins dangereux de provoquer l'avortement qui, actuellement, grâce aux précautions prises, perd beaucoup de sa gravité. (*Annali di ostetrica* mai 1884.)

Marius REY.

Anus imperforé. — Terminaison du rectum dans la portion membraneuse de l'urèthre, par le Dr WILLIAM CRAIZ. — Ce médecin fut mandé pour un enfant âgé de deux jours, qui avait crié toute la nuit et avait rendu des matières fécales par le canal de l'urèthre. L'abdomen était gros et sensible. On voyait sur le périnée un raphé médian très visible, et un petit cul-de-sac pouvant admettre le doigt, mais pas d'orifice anal. On fit une incision exploratrice d'un pouce (0,02 cent. et demi) de profondeur, mais on ne trouve pas trace d'intestin. On maintint cette incision béante, et on la surveilla avec soin, mais on ne put découvrir aucune tumeur au-dessus. L'enfant mourut au bout de dix-huit jours, après avoir enduré d'horribles souffrances causées par le passage des matières fécales dans l'urèthre.

Autopsie. — Les organes contenus au-dessus du petit bassin sont à l'état normal. Il n'existe pas de communication entre la vessie et le rectum ; mais ce dernier s'ouvre dans l'urèthre

juste en avant de la prostate. Le tiers inférieur du rectum était dans un complet arrêt de développement.

Quant à la miction, elle s'était toujours faite régulièrement, et l'urine ne contenait aucunes matières fécales. —(*Edinburgh. Med. Jour.*, mars 1884 et *Archives of Pediatrics*, mai 1884.)

A. RIZAT.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'amplitude de convergence.— Tel est le sujet de la thèse soutenue récemment par Mlle Ellaby à la Faculté de Paris. Je ne suis point en principe partisan de l'étude des sciences médicales pour la femme, parce que la pratique de la profession impose des fatigues au-dessus des forces féminines, qu'elle éloigne la femme des soins matrimoniaux auxquels elle est irrémédiablement enchaînée et qu'elle la dépouille fatalement de tous les charmes qui lui sont si naturels lorsqu'elle reste femme, c'est-à dire la compagne de l'homme, la maîtresse du foyer, la mère des enfants. Cependant, étant admis que l'étudiante a aujourd'hui sa place sur les bancs de l'école, il me semblerait tout naturel que la femme se livrât tout particulièrement à l'étude de la médecine spéciale (ophtalmologie, otologie, laryngologie) dont l'exercice exige beaucoup plus d'adresse que de force. Mlle Ellaby a sans doute pensé de même, aussi a-t-elle choisi un sujet de physiologie ophtalmologique qui ne manque point d'intérêt au point de vue des considérations pratiques qu'on peut déduire de ce travail. Guidée par M. Landolt, dont on connait la compétence dans toutes les questions d'optique physiologique, Mlle Ellaby s'est appliquée à établir la mesure de la convergence dans l'amétropie et l'emmétropie, fonctions dont le trouble est si souvent la cause de l'osthénopie et du strabisme.

Sous le nom de convergence du regard il faut entendre la coopération de l'appareil moteur des deux yeux, dans l'intérêt de la vision binoculaire.

Pour voir un point très rapproché les yeux doivent faire de violents efforts de convergence ; au contraire, ces efforts diminuent à mesure que le point s'éloigne et lorsque celui-ci

(1) *De l'amplitude de la convergence*, par Mlle Ellaby. Thèse pour le doctorat. Chez A. Delahaye et E. Lecrosnier, Paris, 1884.

est à l'infini les rayons visuels sont parallèles; enfin, lorsque les yeux regardant un point au travers de prismes dont les bases sont tournées vers le nez ont une seule image il y a alors déviation des yeux en dehors, l'angle de convergence devient quantité négative, tandis que dans le premier cas il était quantité positive et dans le second quantité nulle ou zéro. L'écart compris entre le maximum et le minimum de convergence des yeux pour chaque individu est l'amplitude de convergence.

Pour établir cette amplitude et par conséquent la moyenne normale, il fallait mesurer l'angle métrique de Nagel, autrement dit l'angle que forme la ligne de regard de chaque œil avec la ligne médiane lorsqu'on fixe un objet situé sur cette ligne à un mètre des yeux. Comme nous le faisions pressentir plus haut l'angle de convergence est inversement proportionnel à la distance de l'objet. Ainsi quand l'objet est à 1 mètre,la convergence égale 1 angle métrique; s'il est à 0,50 centim., elle égale 2 angles métriques; s'il est à 0,25 centim., elle égale 4 angles métriques, etc.

Or,pour calculer en degrés,minutes et secondes la valeur de l'angle métrique, il faut tenir compte de l'écartement individuel des yeux ; c'est ce qui avait été déjà fait par Nagel et ce que Mlle Ellaby n'a pas négligé de rapporter sous forme de tableaux.

Si l'on mesure l'angle de convergence pour le punctum proximum et pour le punctum remotum, on a l'amplitude de convergence en soustrayant le premier du second. Le punctum remotum de convergence a été obtenu à l'aide de prismes placés devant les yeux, leur base étant tournée vers le nez; dans ces conditions, les yeux ne peuvent voir binoculairement qu'autant qu'ils peuvent se dévier en dehors. Les prismes les plus forts qui permettent la vision binoculaire donnent la valeur divergente facultative des lignes de regard. Or comme la deviation produite par un prisme, est sensiblement égale à la moitié de l'angle du prisme,on peut aisément évaluer la valeur de l'angle de divergence du regard. L'auteur fait ressortir la relation qui a été signalée par M. Landolt entre les formules établissant l'amplitude de convergence et l'amplitude d'accommodation : les prismes dans le premier cas, les lentilles dans le second, produisent des effets identiques de convergence ou d'accommodation.

La vision binoculaire de près exige le concours de eux

fonctions, la convergence et l'accommodation : Mlle Ellaby étudie l'influence réciproque de ces deux facteurs l'un sur l'autre en s'appuyant de plus en plus sur les travaux de son maître. Chez l'emmétrope, pour tout travail binoculaire l'effort de convergence est absolument égal à l'effort d'accommodation ; mais cela n'est plus exact pour les points extrêmes, le punctum remotum et le punctum proximum ; en effet l'accommodation ne peut aller au-delà de l'infini, tandis que nous avons vu plus haut que la convergence peut devenir une quantité négative. Pour le punctum proximum, la convergence dépasse encore l'accommodation, ainsi qu'on peut s'en assurer en faisant fixer par un œil un objet très rapproché, tandis que l'on observe l'autre œil qui a été couvert ; on voit alors ce dernier se dévier en dedans. On appelle amplitude d'accommodation binoculaire l'étendue sur laquelle l'accommodation va de pair avec la convergence ; c'est l'espace dont dispose l'individu pour son travail binoculaire. Rappelant les mesures de Donders sur l'amplitude d'accommodation relative et de convergence relative chez l'emmétrope pour des distances variables, celles de Nagel chez l'hypermétrope et celles de Nagel et Donders chez le myope, Mlle Ellaby conclut que la distance à laquelle on peut soutenir un travail binoculaire doit se trouver au delà du punctum proximum binoculaire.

Passant, dans le chapitre suivant, à la mesure de l'amplitude de convergence, l'auteur déclare qu'elle se sert pour cette détermination de l'ophtalmo dynamomètre de M. Landolt et elle présente 172 observations recueillies chez des emmétropes, des hypermétropes et des myopes, chez lesquels elle a mesuré la réfraction, l'acuité visuelle, l'amplitude d'accommodation et l'insuffisance des muscles droits internes.

Après avoir établi la valeur de l'amplitude de convergence normale, l'auteur a cherché à déterminer la quantité qui en est employée dans la vision binoculaire, et par une série d'observations elle arrive à démontrer que la quote de convergence dépensée pendant le travail et celle en réserve varie de 1 à 1.7 et de 1 à 2, c'est-à-dire qu'environ un tiers seulement de la partie positive de l'amplitude de convergence est à la disposition absolue de l'individu, tandis qu'il lui en faut au moins 2/8 en réserve si un travail de longue durée doit s'accomplir facilement. Si l'on songe que ces recherches ont porté à la fois chez les emmétropes et les amétropes, chez les

strabiques opérés ou non, on jugera l'importance de cette thèse dont les conclusions pratiques sont faciles à déduire : étant connues l'amplitude de convergence et les quotes de convergence nécessaires pour un travail déterminé ; il faudra dans tous les cas où la convergence sera insuffisante y suppléer par des verres prismatiques dont la valeur sera aisément calculée, de même que l'accommodation défectueuse sera corrigée par des verres sphériques.

En résumé, cette thèse fait honneur à la fois au maître qui a su l'inspirer et à l'élève qui l'a soutenue.

Dr A. GILLET DE GRANDMONT.

FORMULAIRE

Aortite (MORIN).

Teinture thébaïque.....	ãã 40 gr.
Teinture éthérée de digitale...............	ãã 40 gr.
Teinture de Benjoin....	ãã 40 gr.
Chlorhydrate de morphine	1 gr.

Pour badigeonner trois fois par jour avec ce mélange la région douloureuse, puis la recouvrir de ouate.

—

Formule pour administrer la santonine.

Santonine...............	0 gr. 2
Huile de noix de coco...	60 —

Mêlez. A prendre deux ou trois fois par jour une cuillerée à bouche de cette émulsion ; chaque cuillerée à bouche représente la moitié de la dose maxima à donner à un adulte. Chez les enfants la dose sera de moitié moindre.

On peut substituer à l'huile de coco pure l'huile de foie de morue, [o]lives, de ricin ; pour donner plus [d'a]ction, on peut ajouter IV gouttes [d'e]ssence de semen contra.

Nous avons eu l'occasion de dire que dans le peuple on administre souvent la poudre de semen contra à des doses trop élevées, qu'il en résulte de graves accidents ; nous pensons que l'absinthe maritime, n'offrant pas les mêmes inconvénients, devrait lui être préférée : cette plante infusée dans l'eau, à la dose de cinq grammes, est d'un effet très reconnu ; les adultes s'en trouvent bien.

—

Les engelures guéries instantanément.

Faites bouillir un pied de céleri dans l'eau nécessaire à un manuluve ou pédiluve, et à prendre ce bain aussi chaud qu'on le peut supporter ; le lendemain les engelures ont disparu.

—

Ratafia d'ergot de seigle.

Racine d'angélique de Bohême divisée.......	16 gr.
Vanille fine réduite en	

poudre grossière au moyen d'un peu de sucre.................. 4 —
Ergotine................ 1 —
Sirop de sucre.......... 1.000 —
Alcool à 80°............ 500 —

Faites macérer pendant deux jours dans l'alcool l'angélique et la vanille, passez et ajoutez l'ergotine et le sirop ; laissez en contact pendant huit jours, filtrez au papier.

Ce ratafia est un peu âcre ; on peut corriger ce léger défaut en opérant de la manière suivante, qui donne un produit plus suave : on distille l'alcool après y avoir fait infuser l'angélique.

Un petit verre au dessert, pour favoriser l'involution utérine et parer aux troubles de la ménopause. Cette liqueur est exhilarante.

—

Du coca comme anesthésique

En 1859, j'ai présenté le coca à la Société de pharmacie de Paris ; je publiai alors son emploi pour prévenir la soif ; j'étais loin de me douter que cette plante devait jouer un rôle important dans la thérapeutique ; outre ses propriétés connues, les chirurgiens de New-York l'emploient dans les opérations ophtalmologiques ; on en fait une solution à 2 %, dont on laisse tomber cinq à six gouttes, à quelques minutes d'intervalle, sur l'œil qui doit être opéré, et l'insensibilité est instantanée ; on peut ainsi opérer une cataracte ou toute autre maladie de l'œil sans que le malade ressente la moindre douleur.

Je cherche encore pourquoi les chirurgiens ont donné à cette plante du Pérou le nom d'hydrochlorate de cocaïne, car l'analyse de cette plante ne démontre pas que cette dénomination soit bien fondée.

Stanislas MARTIN.

VARIÉTÉS

Sous la rubrique *Revue professionnelle, Déontologie médicale*, le *Journal de médecine de Paris* a publié, dans son numéro du 27 décembre dernier, un article de M. Julliard, pharmacien. à Paris. Nos lecteurs savent depuis longtemps que la Rédaction n'entend nullement accepter la responsabilité des travaux signés par leurs auteurs. Néanmoins cet article, reproduit, amplifié et commenté le 5 janvier par un journal du soir, ayant été considéré par un grand nombre de confrères honorables comme un moyen de réclame personnelle, blessante pour le corps médical et pour les pharmaciens, la Rédaction s'empresse de déclarer qu'elle en désapprouve complètement le fond, la forme, le ton et les tendances.

A. LUTAUD,
Rédacteur en chef.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — 1re session 1885. Paris, semaine de Pâques. — Questions à l'ordre du jour (1) :

(1) Adresser les communications et cotisations à M. le Dr S. Pozzi, 10, place Vendôme.
Cotisation annuelle 20 francs. Fondateur (jusqu'au 18 février), 200 fr

1° Étiologie et pathogénie des infections chirurgicales. On est invité à rapporter spécialement les faits cliniques et expérimentaux qui peuvent contribuer à déterminer le rôle respectif des ferments figurés (microbes, etc.) et des poisons chimiques (ptomaïnes, etc.), dans la pathogénie des septicémies.

2° Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale.

3° Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne.

4° Cure des abcès froids.

Distinguer entre la cure des abcès froids ossifluents et la cure des abcès froids non ossifluents.

5° Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.

— Sont nommés officiers d'Académie :

MM. les docteurs Macqret, Tony-Blanche, Troisier, Laburthe, Leblond. Le Noir, Materne et Violet, à Paris ; Boucher, médecin-major de deuxième classe ; Gény, maire de Bouloire ; Neis, médecin de première classe de la marine ; Blanchet, à Vichy, Camuzet, à Dijon ; Sicard, à Castres ; Viry, médecin-major de première classe ; Balley, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bourges ; Damourette, médecin inspecteur des eaux de Sermaize ; Desfilhes, à Bellenones ; Carrigou, à Toulouse ; Juif, à Melisey ; Langlet, à Reims ; Lattry, à Smyrne ; Leclercq, à Arras : Morvan, à Lannilis ; Noelas, à Roanne ; Olier, à Espalion ; Paillasson, à Lyon ; Salmon, à Chartres ; Viger, maire de Châteauneuf-sur-Loire ; Wagniez, à Condé-sur-l'Escaut.

MM. les officiers de santé Roblin, à Brie-Comte-Robert, et Saucerotte, à Baccarat.

MM. les pharmaciens Dautreville, à Paris ; Ferray, à Évreux ; Capdeville, à Aix ; Félin-Lanis, maire de Lusignan ; Granger, à Civray ; Mordagne, à Castelnaudary.

— M. le docteur Tillaux chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses leçons de Clinique chirurgicale le lundi 19 janvier, à neuf heures et demie, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— Aux termes d'un arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 20 décembre 1884, M. le docteur Taule, inspecteur du service des Enfants assistés de la Seine, est nommé directeur de l'asile Sainte-Anne, en remplacement de M. Llanta, précédemment appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Taule est compris dans la 2e classe du cadre.

— M. le docteur Marcel Briand, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne, est nommé médecin de l'asile des aliénés de Villejuif (Seine).

— M. le docteur Dubuisson est nommé médecin adjoint de l'Asile Sainte-Anne, en remplacement de M. le docteur Marcel Briand.

— M le docteur Albert Josias, ancien interne des hôpitaux, est nommé médecin en chef de l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, à la Santé, en remplacement de M. le docteur de Beurmann, dont les fonctions sont expirées. — M. A. Josias est nommé pour deux ans.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Par suite de la nomination de M. Gignoux (Louis) à l'honorariat, les mutations suivantes ont lieu :

M. Mayet passe de l'hôpital Saint-Pothin à l'Hôtel-Dieu ; M. Drivon passe de l'hôpital de la Croix-Rousse à Saint-Pothin ; M. Perret entre à la Croix-Rousse.

— La Société de géographie de Paris a, dans sa séance de vendredi 9 janvier 1885, décerné à M. le docteur Neis, médecin de la marine, une médaille d'or pour ses quatre voyages en Indo-Chine et dans les parties inexplorées jusque-là du Laos.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rodet, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille, fondateur et président de la Société protectrice de l'enfance. Ses obsèques ont eu lieu à Lyon le 31 décembre au milieu d'un très grand concours de confrères et d'amis. Plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe, et M. le docteur Diday, son prédécesseur immédiat à l'Antiquaille, consacre dans *Lyon médical* une page émue à la mémoire de son ami, du savant modeste, dont la vie s'est usée dans le travail et la pratique austère des devoirs professionnels.

Nous apprenons également la mort de M. le docteur Merland, à Nantes, et de M. le docteur Sala, médecin principal de première classe, médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulouse.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 *janvier* 1885. — *Présidence de* M. J. BERGERON.

La correspondance comprend une lettre de M. Vaillant, conseiller municipal de Paris, relative à l'acide sulfureux liquide employé comme désinfectant.

M LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL dépose sur le bureau, de la part du Dr Corlieu, un volume sur les médecins grecs.

Présentation d'instrument. — M GAVOY, médecin principal, présente un instrument qu'il appelle le Kinésiomètre cérébral, et qui lui sert à mesurer les mouvements du cerveau sous l'influence de la pesanteur.

Rapport sur le concours du prix Vernois pour l'année 1883 — M. LÉON COLIN lit un rapport dont les conclusions seront proposées en comité secret.

Comité secret. — L'Académie se forme en comité secret et décide qu'il y aura au mois de mai une double séance de distribution des prix pour les années 1883 et 1884, et au mois de décembre une séance pour la distribution des prix de l'année 1885.

Traitement de l'occlusion intestinale par le courant galvanique. — M. BOUDET (de Paris). Dès l'année 1826, Leroy (d'Étioles) avait pensé à employer les courants électriques pour le traitement des occlusions intestinales. Depuis ce procédé n'avait plus été employé jusqu'à ces dernières années M Boudet (de Paris) propose un manuel opératoire qui n'a pas les inconvénients que l'on reprochait jusqu'ici à ce procédé. Ce manuel opératoire a déjà été décrit dans la *France médicale.* (V 1884, t. II.)

Depuis cinq ans, M. Boudet (de Paris) a été appelé 61 fois pour des cas d'invagination de causes diverses. Dans 44 cas l'électrisation a amené la désocclusion, soit donc 72 %. La seule contre-indication à l'emploi des courants est l'asthénie cardiaque. (Comm. MM. Hérard, Féréol, Constantin Paul.)

Des anomalies, des aberrations et des perversions des fonctions sexuelles. — M. MAGNAN. Le démonopathe et le persécuté ne sont qu'un seul malade, mais les anomalies sexuelles sont si nombreuses qu'elles prêteraient à la confusion si on n'établissait pas une classification parmi elles. M. Magnan divise les malades en

spinaux réflexes simples, spinaux-cérébraux postérieurs, spinaux-cérébraux antérieurs, enfin les cérébraux antérieurs ou psychiques.

C'est là une des formes intéressantes sous lesquelles peut se montrer la folie héréditaire. Les troubles intellectuels de ces dégénérés déterminent une obsession telle qu'ils annihilent complètement la volonté. Ce ne sont pas de simples originaux, ce sont de vrais aliénés, ils sont irresponsables, et c'est là une importante question de médecine légale. (Comm. MM. Baillarger, Mesnet, Blanche.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 *décembre* 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Vaginisme et chlorhydrate de cocaïne.—M. Cazin (de Berck-sur-Mer) adresse une note sur un cas de vaginisme traité avec succès par l'application locale d'une solution à 2 p. 100 de chlorhydrate de cocaïne. Il s'agissait d'une femme mariée qui ne pouvait pas avoir de rapports avec son mari. Après une injection de cette solution, l'anesthésie locale obtenue permit un rapprochement jusque-là impossible. Cette anesthésie ne fut que momentanée ; mais comme la malade est devenue enceinte par le fait de ce rapprochement, il y a tout lieu de penser que. comme cela a lieu habituellement, la grossesse fera disparaître tous les accidents dus au vaginisme.

Taille hypogastrique.—M. Monod, à l'occasion de l'observation faite dans la dernière séance par M. Tillaux sur les difficultés relatives de cette opération chez les enfants, a pu réunir quarante-cinq observations de taille hypogastrique pratiquée chez des enfants. Toutes ont été suivies de succès. Les auteurs ne mentionnent pas de difficultés spéciales. Quelques-uns signalent seulement l'épaisseur extrême du tissu cellulaire adipeux et l'étroitesse de la plaie. Dans un cas, il y eut une blessure du péritoine qui du reste ne fut suivie d'aucun accident. La vessie chez l'enfant dépassant la symphyse, il en résulte que, sous ce rapport, la taille hypogastrique serait plus facile chez lui que chez l'adulte. Enfin la taille périnéale, chez l'enfant, expose à la blessure des conduits éjaculateurs.

M. Tillaux n'a pas dit que la taille hypogastrique fût tellement difficile chez l'enfant qu'on dût y renoncer ; il a simplement fait observer qu'elle paraissait moins facile que chez l'adulte et comme la taille périnéale ne présente pas de difficultés, il y a lieu de suspendre l'opinion. Les avantages considérables qu'on retire chez l'adulte de l'emploi du ballon de Petersen et de la dilatation de la vessie pour la pratique de cette opération n'existent pas chez l'enfant, parce que le ballon glisse et fait saillie au-dessus de la vessie.

M. Monod fait observer qu'il semble que, chez l'enfant, l'emploi du ballon de Petersen et la dilatation de la vessie ne soient pas nécessaires.

Plaie de la verge.—M. Théophile Anger fait un rapport sur une observation de M. Turgis dont voici le résumé : Une femme aliénée profite du sommeil de son mari pour lui sectionner la verge avec un rasoir ; il s'ensuivit une hémorrhagie considérable. M. Turgis, aussitôt appelé, constate que l'urèthre est intact. Il fait la suture de la plaie à l'aide de huit longues épingles dont quatre profondes et quatre superficielles ; il fait appliquer un cataplasme froid avec de l'alcool camphré. L'hémorrhagie, après avoir été très intense, est arrêtée ; les épingles sont enlevées, les unes le troisième jour, les autres le cinquième jour. La cicatrisation de la plaie dura cinq semaines. La guérison fut parfaite. Cette verge fonctionne aujourd'hui très bien.

Bec-de-lièvre.— M. Anger fait un rapport sur une autre obser-

vation du même auteur ; il s'agit d'une opération de bec-de-lièvre suivie de succès, que M. Turgis avait refusé de faire au moment de la naissance malgré les sollicitations des parents. Il attendit neuf mois et l'opération a bien réussi.

M. Anger approuve complètement M. Turgis d'avoir temporisé. Il a lui-même, en 1873, sur les instances des parents, opéré dans les mêmes conditions un enfant nouveau-né qui a succombé. Aussi près de la naissance, les enfants ne peuvent pas réparer la perte de sang. Il y a donc lieu d'attendre pour pratiquer ces opérations, même les plus simples.

M. Monod rappelle que son maître, Broca, distinguait, au point de vue de l'indication opératoire, les cas de bec-de-lièvre simples et les cas de bec-de-lièvre compliqués. Il était d'avis qu'on opérât les premiers aussi près que possible de la naissance, afin de permettre à l'enfant de pouvoir téter. Cependant, dans les cas compliqués, la perte de sang peut être évitée si l'on fait les débridements avec le thermo-cautère. Mais, malgré cela, M. Monod n'est pas d'avis de les opérer de bonne heure et il croit qu'il n'y a à cet égard qu'une seule règle à suivre, celle qui a été si bien posée par Broca.

M. Marchand pense bien qu'en général il vaut mieux retarder l'opération de quelques mois. Il a récemment opéré un enfant atteint de bec-de-lièvre simple. Il y eut quelques débridements à faire ; malgré l'extrême simplicité de l'opération, l'enfant est mort d'infection purulente trois semaines après.

M. Berger a eu à déplorer un cas analogue. Aussi condamne-t-il absolument l'emploi du thermo cautère ou du galvano-cautère pour cette opération. Il pense qu'il n'y a pas grand inconvénient à opérer dans les premiers jours les becs-de-lièvre simples et unilatéraux. Quant aux becs-de-lièvre compliqués, il ne faut jamais les opérer près de la naissance. En somme, la pratique de cette opération n'a pas varié depuis trente ans et les règles sont encore les mêmes que celles qui ont été posées à cette époque.

M. Le Dentu n'est pas partisan des opérations hâtives, à moins qu'il ne s'agisse de cas très simples. Il condamne également l'emploi du thermo-cautère, mais non celui du galvano-cautère qui n'a pas les mêmes inconvénients et dont la réaction inflammatoire se réduit à rien. Avec le thermo-cautère, il y a parfois une telle réaction inflammatoire qu'on risque de déterminer des accidents de septicémée. C'est ce qui est arrivé, dans un cas, à M. Le Dentu. En résumé, les becs-de-lièvre très simples peuvent être opérés de bonne heure, mais il vaut mieux encore attendre six mois Mais quand il faut faire des débridements considérables, des dissections étendues, il faut reculer de beaucoup l'opération et porter la limite minima à dix-huit mois ou deux ans,

M. Le Dentu ajoute qu'on a singulièrement exagéré l'influence de la suture des parties molles sur le rapprochement des parties osseuses.

M. Trélat fait remarquer que tous les membres de la Société sont à peu près d'accord sur les avantages qu'il y a à opérer de bonne heure les becs-de-lièvre simples, c'est-à-dire portant uniquement sur la lèvre et exigeant seulement un avivement et une suture. Chaque fois qu'il se présente une difficulté quelconque, il est préférable de reculer l'époque de l'opération.

Contrairement à l'affirmation de M. Berger, M. Trélat trouve que l'opération du bec-de-lièvre a, depuis trente ans, subi d'heureuses modifications, et qu'elle se fait bien mieux aujourd'hui qu'alors On a d'abord des moyens hémostatiques qu'on n'avait pas à cette époque, les pinces qui rendent de très grands services. L'avivement se fait

beaucoup mieux. M. Trélat se sert du thermo-cautère auquel il ne reconnaît pas les inconvénients signalés par MM. Le Dentu et Berger. Cela tient sans doute à ce qu'il procède par sections courtes et rapides et qu'il ne laisse pas longtemps le couteau dans les tissus. C'est ainsi qu'on peut obtenir des réunions par première intention.

Enfin M. Trélat ne partage pas l'opinion de M. Le Dentu relativement à l'inefficacité qu'il attribue à la suture des parties molles sur le rapprochement des parties osseuses. L'expérience a depuis longtemps démontré le contraire.

M. Lucas-Championnière croit que la mortalité des enfants opérés du bec-de-lièvre, même simple, près de la naissance, est beaucoup plus considérable qu'on ne le dit. Il croit qu'il y aurait de grands avantages à attendre après la première dentition. Mais on se heurte trop souvent contre la volonté des parents.

Election.— Le bureau est ainsi constitué pour l'année 1885 :

Président, M. Duplay ; vice-président, M. Horteloup ; secrétaire général (pour cinq ans), M. Chauvel ; secrétaires annuels, MM. Gillette et Delens ; trésorier, M. Berger, archiviste, M. Terrier.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du 8 *janvier* 1885. — Présidence de M. Pajot.

Le procès-verbal de la dernière séance, lu par le Secrétaire Général, est adopté.

MM. Duplay, Marchand et Bailly s'excusent, par lettre de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Secrétaire-Général donne lecture de lettres de MM. Hyrigoyen, Bousquet et Georges Ravet, qui demandent à être nommés membres correspondants nationaux. M. Lutaud fait part d'une demande de M. Cortiguera, de Santander, qui sollicite d'être nommé membre correspondant étranger.

Sur la proposition de M. le Président, ces demandes sont renvoyées à une commission constituée par MM. Charpentier, Porak et Lutaud.

M. Doléris annonce qu'il a une double communication à faire. La première a trait à une **embryotomie faite récemment par le procédé de M. le professeur Pajot**, la seconde à la **périnéoraphie.**

Le 12 décembre, une femme entre à la clinique d'accouchements. M. Doléris la voit à 11 heures du soir ; il constate une présentation de l'épaule et trouve le cordon et un bras dans le vagin. Il y avait eu rupture prématurée des membranes, l'enfant était mort. La présentation étant assez élevée, il tente d'abord la version, mais il lui est impossible de faire pénétrer complètement la main, et ne croyant pas que le fœtus puisse évoluer, il y renonce. Il ne restait plus qu'à faire l'embryotomie ; il choisit le procédé du Professeur Pajot qui consiste, on le sait, à porter un fil de fouet sur le cou de l'enfant, et à en opérer la section.

M. Doléris se servit du nouveau crochet de M. Pajot, dont la courbure est plus grande que celle de l'ancien modèle, et qui laisse passer une baleine portant à une extrémité une balle de

plomb et à l'autre une ficelle. La mise en place du crochet fut assez laborieuse ; mais, une fois la ficelle appliquée sur le cou, il suffit de quelques secondes pour le sectionner. Le reste de l'opération n'offrit aucune difficulté, et la femme sortit de l'hôpital le 12me jour, après avoir eu des suites de couches normales. M. Doléris croit que dans les cas où l'on peut passer le crochet et appliquer la ficelle, c'est le meilleur procédé d'embryotomie.

M. Pajot, demande à M. Doléris de vouloir bien, dans la prochaine séance, apporter l'instrument, et montrer le mode opératoire de ce procédé qui s'exécute avec une excessive rapidité.

M. de Soyre fait observer que le cas de M. Doléris était relativement facile, car ordinairement l'épaule est profondément engagée et il est presque impossible de faire pénétrer la main et d'appliquer un crochet. Dans ces cas, il est plus commode de se servir des ciseaux de Dubois. Il croit que M. Doléris aurait pu faire la version, puisqu'il a pu faire pénétrer profondément sa main et que la partie fœtale n'était pas engagée.

M. Doléris répond que l'épaule était fortement tassée au détroit supérieur, que le segment inférieur de l'utérus était exactement appliqué sur le fœtus et qu'il lui a semblé impossible de faire la version.

M. Charpentier dit qu'il est éclectique, mais qu'il est plutôt de l'avis de M. Doléris. Quand on fait l'embryotomie il faut toujours, si l'on se sert de ciseaux, porter un crochet ou les doigts sur le cou du fœtus, par conséquent introduire la main, Cela ne prouve pas que l'on puisse faire la version.

M. de Soyre répète que dans le cas actuel la rétraction n'était pas suffisante, à son avis, pour ne pas permettre de faire la version.

M. Pajot fait remarquer qu'on ne peut comparer le danger couru par la mère par le fait de la version ou par celui de l'embryotomie. M. Doléris a bien fait de choisir l'embryotomie.

M. Verrier trouve que la chose est tranchée par la mort du fœtus. Si celui-ci eût été vivant, M. Doléris aurait peut-être pu insister davantage sur la version.

M. Guéniot dit qu'il ne faut pas inférer théoriquement du cas de M. Doléris où la rétraction était modérée, qu'on pourra toujours faire passer un crochet. Il croit qu'il n'est pas toujours nécessaire d'accrocher le cou de l'enfant pour faire la section avec les ciseaux; si le tassement est considérable on peut s'en passer. Dans un grand nombre de cas où la version était jugée impraticable, il s'est acharné à la faire; mais les résultats ont été tels qu'on ne l'y reprendra plus.

M. Doléris lit un mémoire **sur la périnéoraphie**. Il est un certain nombre de questions à résoudre. Est-il opportun de faire la périnéoraphie immédiatement après l'accouchement ? Un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels il faut citer Velpeau, Cazeaux et Tarnier disent non ; si la déchirure périnéale est légère, les soins de propreté suffiront ; si elle est importante, il faut attendre pour opérer. Nélaton n'était pas de cet avis

et opérait tout de suite ; il faisait deux plans de suture. Les Américains et les Allemands restaurent immédiatement. On a opposé à cette manière de faire plusieurs objections : l'état puerpéral, la puissance absorbante des tissus, le shok ; mais on peut répondre que la réunion immédiate, spontanée s'observe très souvent.

L'auteur est partisan de l'opération immédiate qui a pour avantages de supprimer la plaie, d'éviter des sphacèles partielles, etc. Les statistiques étrangères, du reste, sont bonnes ; sur 22 cas, il y a eu 20 succès. A quel moment faut-il opérer ? Aussitôt que possible. On réussit encore cependant au bout de 24, 30, 36 heures et plus.

Quel procédé faut-il choisir ? Ordinairement on fait deux sutures profondes, des sutures vaginales et des sutures superficielles, avec le fil d'argent. Mais souvent des fils lâchent ; il en résulte des clapiers et des fistules. L'auteur préfère employer le catgut et faire des sutures continues. Mais il faut se servir d'un catgut préparé spécialement et employer la méthode de Schede. En somme, on fait une suture en surget, le catgut est résorbé en 8 ou 10 jours. Ce procédé a été exécuté 8 fois ; dans un cas seulement, le sphincter interne était touché. Avant de faire la suture, il faut avoir soin de nettoyer la surface de la plaie avec la liqueur de Van Swieten ; et pendant l'opération faire couler un jet continu d'eau phéniquée. On exigera un repos absolu.

M. Terrillon. La question est jugée à l'étranger; en France elle ne l'est pas encore. Je ferai un reproche à M. Doléris, c'ést de n'avoir pas distingué les cas où la rupture est complète, et ceux où elle est incomplète. Dans ce dernier cas, tout peut réussir, et, si l'on fait quelque chose, il faut le faire tout de suite, mais dans la grande majorité des cas, des soins de propreté suffisent ; la réunion se fait spontanément, et l'on est étonné au bout de quelques mois de ne plus trouver trace de déchirure. Mais lorsque la déchirure est complète faut-il tenter la reparation immédiate comme le veulent nombre de chirurgiens étrangers. L'opération n'est pas facile à exécuter et il est tout naturel qu'on hésite. Que fera M. Doléris dans ces cas ? Quant au fil à employer, il préfère aussi le catgut.

M. Doléris répond qu'il tentera toujours l'opération immédiate. Il l'a du reste pratiquée 4 fois. Dans le premier cas il se servit d'un fil d'argent ; succès complet, mais périnée peu long (1 cent.); dans le second cas, même résultat. Le 3e cas est celui d'une syphilitique chez qui la cloison recto-vaginale était déchirée sur une longueur de 5 centimètres ; sur 5 fils, 2 cédèrent, il se fit une fistule et l'on fut forcé de faire sauter le pont. On refit l'opération 4 mois plus tard et elle réussit. Quant au [illegible]s, le sphincter interne n'était que partiellement touché, il [illegible]t succès.

[illegible]. Guéniot tient aussi à distinguer les deux espèces de dé[illegible]ures. Dans les cas où elle est incomplète, il est partisan [illegible]a non-intervention. Cependant, il faut encore distinguer [illegible]s qui se produisent en ville de ceux de l'hôpital. En vil-

le, on a tout intérêt à ne pas opérer. D'abord, parce qu'avec des soins de propreté, la déchirure abandonnée à elle-même guérit toujours, souvent avec réunion par première intention, quelquefois avec réunion secondaire. Ensuite, parce que, si l'on fait une opération, cela attire l'attention de la jeune femme et l'inquiète, ce qui peut être mauvais.

A l'hôpital, on peut opérer tout de suite et faire des sutures. Quand la déchirure est complète, il est assez délicat de se prononcer sur l'opération immédiate, et la conduite pourra varier avec les cas. Mais il faut bien savoir que, si l'on attend longtemps pour opérer, on s'expose à obtenir une forme parfaite, c'est vrai ; mais sans réparation du sphincter. Il en résulte une infirmité très désagréable. Dr Ad. Olivier.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE.

Séance du 22 octobre. — Présidence de M. E. Michel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu, mis aux voix et adopté.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de candidature au titre de membre titulaire adressée par le docteur Bonnot qui envoie à l'appui sa thèse intitulée : *Contribution à l'étude de l'hémorrhagie méningée expérimentale avec déductions cliniques.*

M. Rœser est nommé rapporteur.

Une lettre de candidature au titre de membre correspondant adressée par le docteur Olive, de Nogent-sur-Seine (Aube) qui envoie à l'appui sa thèse intitulée: *Des formes cliniques de la colique hépatique.* Rapporteur M. Cyr ;

Une lettre de candidature au titre de membre titulaire adressée par M. Schwartz, chirurgien des hôpitaux. M. Schwartz envoie à l'appui sa thèse, *sur les différentes espèces de pieds-bots et leur traitement*, ainsi que divers autres travaux. Rapporteur M. Thorens.

Enfin une lettre de candidature au titre de membre titulaire adressée par le docteur Gouël, qui envoie à l'appui sa thèse sur la *Chorée.* Rapporteur M. Huchard.

M. Collineau fait hommage à la Société d'un livre sur la gymnastique. M. le Président remercie M. Collineau au nom de la Société.

La correspondance imprimée comprend quatre numéros de la *Revue médicale française et étrangère*, un numéro du *Bulletin médical du Nord*, deux travaux du docteur Moncorvo, membre correspondant de la Société, intitulés : le premier, **Contribution à l'étude de la sclérose multiloculaire chez les enfants** ; le second, **traitement du spina-bifida par les injections iodo-glycérinées**.

M. le Secrétaire général est chargé d'adresser à M. le docteur Moncorvo une lettre de remerciements.

La parole est à M. Leblond pour la lecture de son rapport sur la candidature du docteur Coudoin.

Le rapport conclut à l'admission du candidat.

Le rapport moral verbal présenté par M. Tripet, conclut dans le même sens.

M. Groussin donne lecture d'une observation **d'anévrisme de l'aorte abdominale traité par l'iodure de potassium.**

Il s'agit d'une femme âgée de 48 ans, réglée à 14 ans, mariée à 27; toujours bien réglée, ni fausses couches ni enfants. Sa mère, d'une très bonne santé, morte à 86 ans; père arthritique mort à 65 ans. La malade est d'apparence peu vigoureuse, petite. A 19 ans, elle a éprouvé des étouffements pour lesquels on lui posa douze sangsues à l'épigastre : la guérison fut rapide. A 25 ans scarlatine; de 27 à 44 ans, elle fut soumise à un travail exagéré, au-dessus de ses forces.

En 1879, elle ressentit des douleurs de reins, des douleurs en ceinture et épigastriques, sans vomissements. Elle dut à cette époque garder le lit pendant 3 mois.

En janvier 1883, survinrent des vomissements accompagnés de douleurs épigastriques, lombaires et iliaques. Entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, on constatait la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de dindon, offrant sous les doigts des pulsations systoliques : en même temps, bruit de souffle intense, simple, isochrone au pouls. Diagnostic : anévrisme de l'aorte abdominale.

Le traitement, de janvier au 3 avril, consista en vésicatoires, administration de la digitale, piqûres de morphine, chloral, potions de Rivière. Les symptômes furent à peine modifiés, et temporairement.

C'est alors que M. Groussin reçut d'un vieux confrère le conseil d'essayer l'iodure de potassium.

Dès le 3 avril au soir la malade prit un lavement composé de : Eau, 125 gr., iodure de potassium 1 gramme, laudanum dix gouttes. Dès le cinquième jour la dose fut portée à 2 grammes; à partir de ce moment les douleurs effroyables qu'endurait la malade diminuent peu à peu : les vomissements deviennent plus rares, les battements de la tumeur moins forts. Dans les deux premiers mois qui suivirent l'usage de l'iodure le bruit de souffle ne changea pas d'une manière appréciable; la dose maxima du médicament ne dépassa jamais 3 grammes dans les 24 heures.

Après deux mois de ce traitement, l'amélioration est sensible; le bruit de souffle est moins fort; la tumeur elle-même paraît avoir diminué.

Au bout de quatre mois, l'amélioration persiste. La malade prend de la nourriture, se lève, a meilleur teint.

En juillet 1884, quinzième mois du traitement ioduré, la ...lade se promène, s'occupe à de petits travaux.

...a digestion est bonne; il n'y a plus de douleurs, la tumeur ...iminué d'un bon tiers, le bruit de souffle existe toujours, ...s faible.

...s phénomènes d'iodisme ont été très-peu marqués : la to-...nec a été, et est encore très grande.

... Huchard fait une communication intitulée: **observa-**

tion d'orchite avec pseudo-étranglement interne.

Il s'agit d'un malade de 58 ans, qui, d'abord fut atteint de rétention d'urine pour laquelle on lui fit le cathétérisme pendant plusieurs jours. Ce malade après un séjour peu prolongé à l'hôpital Beaujon revint chez lui guéri.

Cependant, une hypertrophie de la prostate, qui gênait la miction exigea la continuation du cathétérisme. Au bout d'un certain temps, survint une orchite du côté gauche.

En même temps se manifestèrent des accidents d'étranglement interne, vomissements, facies abdominal, oligurie ; enfin péritonisme.

A ce moment l'examen du malade fit constater une pointe de hernie crurale du côté même de l'orchite.

On pensa à une hernie étranglée et à une opération. A ce moment l'orchite était devenue intense, le cordon très tuméfié et douloureux.

On fit immédiatement une large application de sangsues, et tous les accidents de pseudo-étranglement interne disparurent comme par enchantement.

Quelque temps après, toujours sous l'influence du cathétérisme, il se développa du côté droit une orchite intense accompagnée des mêmes accidents, qui cédèrent au même traitement.

M. Huchard croit pouvoir interpréter le développement de ces accidents ou par l'existence d'une péritonite légère par propagation, ou plutôt par le *péritonisme* si bien décrit par Gubler. Ces cas sont rares.

M. Rougon demande à M. Huchard s'il y avait au moment des accidents un écoulement uréthral, ou quelque poussée inflammatoire du côté des vésicules séminales.

M. Huchard répond qu'il n'y avait pas uréthrite blennorrhagique, mais uréthrite traumatique par cathétérisme. Il ajoute que M. Barett, qui a pratiqué le toucher rectal, a simplement trouvé une hypertrophie prostatique.

M. E. Michel cite un cas d'étranglement du testicule à l'anneau inguinal, chez un jeune homme, étranglement accompagné de symptômes péritonitiques, qui cessèrent lorsque, par un traitement approprié, le testicule fut descendu dans les bourses.

M. Rœser dit que l'orchite vraie cède au point de vue *douleur*, à l'application de la glace, qui ne suffit pas toujours dans l'épididymite.

Il suffit de trois heures d'application pour que la douleur cesse complètement.

M. E. Michel appuie l'assertion de M. Rœser.

A la suite du scrutin ouvert sur sa candidature, M. le docteur Coudoin est nommé membre titulaire.

La séance est levée à 5 h. 1/4. Dr Tripet.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André ;
Maison spéciale pour journaux et Revues.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

135.— Bon poste médical à prendre, à une heure et demie de Paris (Seine-et-Marne). On vendrait à un jeune médecin.— S'adresser au bureau du journal.

134.-- Un Docteur ayant 20 ans de pratique, pouvant disposer d'un certain capital, désirerait la direction d'un établissement thermal ou hydrothérapique situé dans le midi ou dans la région pyrénéenne. — S'adresser au bureau du journal.

133. — A céder bonne clientèle d'un produit de 10.000 francs et susceptible d'augmentation dans un chef-lieu de canton sur la ligne de l'Ouest (Maine-et-Loire). Conditions très avantageuses. — S'adresser au bureau du journal.

132. — Bonne clientèle médicale à vendre dans un chef-lieu de canton de l'Yonne. Communes rapprochées, routes faciles, chemin de fer, pas de pharmacien.—Toutes facilités pour le paiement. Le titulaire désire vendre par raison de santé.— S'adresser au bureau du journal.

131.— Un confrère désirerait reprendre à Paris dans un quartier du centre, une clientèle d'un produit de 25 à 30.000 francs. — S'adresser au bureau du journal.

130. — Bon poste médical à prendre *de suite*, par suite de décés du titulaire dans un chef lieu de canton de l'Eure. Situation exceptionnelle produisant 10.000 fr. et susceptible d'augmentation.— S'adresser au bureau du journal.

129. — Un confrère républicain offre à un docteur également libéral une clientèle gratuite d'un rapport de 7000 fr. (plus le fixe de 1100 fr.) qui augmentera très rapidement. S'adresser à MM. Mousnier et Dampierre, pharmaciens à Sceaux (Seine).

128.— Sarthe.— A céder, un poste médical dans un chef-lieu de canton. Résidence agréable. 2 médecins, pas de pharmacien. Rapport de 4,000 fr., qui peut donner plus. — S'adresser à M. Masson, 6, rue Git-le-Cœur. —

127.— Bon poste médical à prendre à Saint-Martin-de-Bossenay, centre de 10 villages, n'ayant ni médecin ni pharmacien, à moins de 10 kilomètres, à 4 heures de Paris, bureau de poste, belles routes en tous sens, charmante habitation à louer avec belles eaux de source. — Ecrire à M. Boudard, propriétaire à Saint-Martin-de-Bossenay (Aube).

126. — Haute-Marne. — A prendre de suite un poste de campagne, très ancien, clientèle facile. Produit 5 à 6,000 fr. On louerait ou on vendrait la maison, qui depuis très longtemps a été occupée par les médecins du pays. — S'adresser à M Guilourt, à Blaise.

125. — Haute-Marne.— Un chef-lieu de canton autour duquel se trouvent groupées plusieurs communes, le tout formant une population de 1,500 habitants, demande un médecin. — S'adresser pour renseignements à la Mairie de Juzennecourt.

124. — Seine-et-Marne.— Bon poste à prendre à Touquin, commune de 800 habitants ; plusieurs villages aux environs sans médecins. Ces communes réunies font un fixe de 800 fr., chemin de l'Est, 2 correspondances par jour.- S'ad. à M. Simon, maire ou à M. Foizet, conseiller municipal.

123.— Clientèle médicale d'un rapport de 8.000 francs à prendre gratuitement; conditions : acquérir ou prendre à bail la maison du cedant. — S'adresser à M. Martin de Magny, à l'Isle Jourdan.

122. — Poste médical vacant à prendre de suite, dans un centre traversé par 3 lignes ferrées, à 3 heures de Paris, occasion rare et excellente et pour un jeune docteur disposant de peu de fortune. — S'adresser en toute confiance à M. E. Collet, 45, avenue de l'Observatoire. En cas d'absence, prière de laisser sa carte chez le concierge.

5e Année. — T. VIII. N° 4. 24 Janvier 1885.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

REVUE PROFESSIONNELLE

LES ASSURANCES SUR LA VIE.

Les Sociétés d'assurances sur la vie n'acceptent de garantir un capital après la mort à un survivant quelconque, qu'après s'être entourées de toutes les précautions reconnues nécessaires. Un médecin, deux médecins, quelquefois trois médecins interviennent pour fournir les renseignements et le certificat de santé.

Après avoir subi toutes les formalités, on se croirait parfaitement en règle et certain de son affaire. Il n'en est rien. Quand on a affaire à des gens de mauvaise foi, lorsqu'il s'agit de solder la somme souscrite, ils suscitent toutes les misères possibles pour ne rien donner. On comprendra mieux la chose par un exemple.

FEUILLETON

DES RÊVES PROLONGÉS

Par M. le professeur B. Ball. (1)

J'ai eu l'occasion d'observer, il y a quelques mois, un fait très intéressant qui rentre dans une catégorie de troubles cérébraux auxquels, faute d'une meilleure appellation, je donne le nom de *rêves prolongés*.

Au mois de janvier de l'année dernière, un homme bien mis se présentait à la Conciergerie et demandait à être mis en prison ; il venait, disait-il, de tuer M. Paul de Cassagnac. En présence de son exaltation évidente, de son langage animé, il fut considéré comme aliéné et conduit à l'infirmerie du dépôt de la Préfecture et de là dirigé sur mon service, à l'asile Saint-Anne. Voici le récit qu'il fit de son crime dans les interrogatoires qu'on lui fit alors subir.

Il était secrétaire de l'aide de camp du prince Napoléon ; ses opinions politiques avaient été péniblement froissées par les attaques dirigées contre le prince dans les journaux ; mais un

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

Dernièrement, la 5e Chambre du tribunal civil de la Seine, était saisie d'une question d'assurance sur la vie, dans les circonstances suivantes :

Madame Dubour est décédée à Toulouse, après s'être assurée à une compagnie d'assurance sur la vie, pour une somme de 60,000 fr. payable à son décès, à son mari.

La compagnie, prétendant que Madame Dubour était phthisique au moment du contrat, s'est refusée à payer la somme convenue. Assignée devant le tribunal de la Seine, elle a offert de prouver notamment que Madame Dubour était morte phthisique, que sa mère lui avait révélé le secret de son mal et que sa sœur avait été délaissée par un prétendant qui, craignant qu'elle ne fût atteinte de la même maladie, avait renoncé à obtenir sa main.

Me Trinquier a soutenu, au nom de M. Dubour, que la visite médicale préalable, subie par l'assurée, donnait au contrat un caractère définitif ; que, d'autre part, il était inadmissible qu'on pût rechercher, dans des confidences intimes ou dans des racontars autour d'un mariage rompu, la preuve d'un fait susceptible d'être scientifiquement démontré.

Le tribunal, faisant partiellement droit aux conclusions des deux parties, n'a admis à la preuve que certains des faits arti-

---

article de M. Paul de Cassagnac l'avait particulièrement indigné. Décidé à demander des explications, il se rend un dimanche matin aux bureaux du journal *Le Pays*, où il ne rencontre personne ; parcourant une série de pièces désertes, il arrive au cabinet du rédacteur en chef, qu'il trouve assis à son bureau, occupé à écrire un article. Il l'interpelle immédiatement, lui reproche les termes de son article et enfin lui demande une rétractation. Sans lever les yeux, sans tourner la tête, M. de Cassagnac continue à écrire et ne répond pas. Indigné de cette attitude, notre homme sort de sa poche un revolver chargé, appuie la main gauche sur l'épaule de M. de Cassagnac et lui tire six coups de pistolet à bout portant. La victime tombe sans pousser un cri, la mort avait été foudroyante.

Inutile d'ajouter que ce récit était absolument imaginaire. Cependant le malade, fouillé au moment de son arrestation, était porteur d'un revolver et de cinquante cartouches. Il était possible qu'un crime eût été commis ; mais M. de Cassagnac, interrogé par un délégué du parquet, n'avait vu personne le jour du prétendu crime et ne s'était même pas rendu aux bureaux de son journal.

Le malade, lors de son transfert à l'Asile Sainte-Anne, était

culés, et il a décidé que, malgré l'avis des médecins qui la proclamaient bien portante, Madame Dubour avait pu être gravement malade.

L'enquête faite, les juges statueront au fond sur le litige.

M. Festraerts fait suivre ce jugement des considérations suivantes :

« Il nous semble que le tribunal avait tout autre chose à faire que de chercher à donner droit aux assureurs dans leur acte de mauvaise foi. Le fait d'avoir perçu les primes à leur échéance, établit que la Société tenait l'assurance pour bonne. Dans la supposition contraire, comment qualifier cette perception ? — Ils recevaient donc cet argent avec l'arrière-pensée qu'ils ne rendraient rien en compensation. Ce fait pourrait se traduire par un mot fort mal sonnant. »

REVUE CLINIQUE

CONTRIBUTION CLINIQUE A L'HISTOIRE DE *L'HAMAMELIS VIRGINICA*.

A l'occasion des récentes recherches instituées par M. le Dr Dujardin-Beaumetz sur les effets physiologiques déterminés

---

encore dans un état d'agitation maniaque qui le rendait fort dangereux ; il parlait avec une grande volubilité et s'exprimait avec beaucoup d'élégance ; il ne souffrait pas qu'on parût douter de l'exactitude de ses affirmations, et le moindre sourire le mettait hors de lui.

Deux jours plus tard, il ne restait plus qu'un délire fruste, une excitation moins intense, la logique commençait à reprendre ses droits. Il nous répéta cependant son premier récit et nous donna quelques détails plus circonstanciés sur ses antécédents.

Fils d'un ancien militaire, il a reçu une assez bonne éducation : élevé au collège jusqu'à l'âge de 15 ans, il fut ensuite soldat, puis passa dans les équipages de la flotte et prit part à l'expédition du Mexique. De retour en France, il entra au service de l'aide de camp du prince Napoléon, en quaité de secrétaire ; toutefois, il pouvait s'absenter fréquemment et faire des voyages de quelques mois.

Très aiffectionné au prince Napoléon, il avait été indigné de certains .articles dirigés contre lui. Voilà pourquoi, ne pouvant obtenir aucune rétractation de M. Paul de Cassagnac, il avait tiré sur lui.

par la teinture de l'hamamelis virginica sur les animaux, le *Journal de médecine de Paris* (1) réserve à cet agent pharmaceutique une note, à mon avis trop sommaire, et que nos observations cliniques sur les effets thérapeutiques de cette plante me permettront de compléter.

Si l'hamamelis expérimenté *in anima vili* n'a pas donné à mon savant et laborieux confrère des résultats absolument concluants pour ses recherches, l'emploi du médicament m'a démontré en revanche qu'il possédait dans des cas morbides déterminés des propriétés thérapeutiques précieuses, non encore signalées, et que mon devoir est de faire connaître aux praticiens. Quand je dis *non encore signalées*, je fais mes réserves dictées par le *Nihil novi sub sole*, tout disposé à céder mon droit de priorité à qui pourrait avoir observé avant moi des faits cliniques similaires à ceux relatés dans cette courte communication.

Il y a trois ans, je fus appelé pendant l'hiver auprès de M. le baron de R., dont Messieurs les professeurs Bouisson et Combal (de Montpellier) m'avaient confié la direction médicale. Agé de 35 ans, d'un tempérament éminemment lymphatique,

(1) *Journal de médecine de Paris*, 3 janvier 1885.

« Avez-vous entendu les détonations ? lui dis-je. — Non, je ne m'en souviens pas, répondit-il ; j'étais sans doute trop préoccupé pour y faire attention. — Êtes-vous sûr d'avoir tué M. de Cassagnac ! — On prétend qu'il n'est pas mort, mais il doit être gravement blessé. »

Ainsi, tout en étant moins affirmatif qu'au moment de son arrestation, il persistait dans son délire Il donnait de nombreux détails sur ses goûts, ses habitudes, ses amis. Il prétendait n'avoir plus de famille ; il n'avait pas de relations en dehors de la maison du prince.

Le lendemain, l'aspect de cet homme avait absolument changé et nous assistions au retour complet de la raison.

C'est alors qu'il nous fut possible de retrouver la vérité.

Il est vrai que cet homme est fils d'un militaire et que son frère a été assassiné, mais il n'est pas sans famille, il a des frères et des sœurs. Il est vrai qu'il a servi, qu'il a fait la campagne du Mexique, mais il est absolument faux qu'il ait jamais appartenu à la maison du prince Napoléon. Il est voyageur de commerce, il représentait une maison importante de Paris, et c'est ce qui explique les longues absences dont il nous avait parlé.

fils d'un père franchement goutteux et d'une mère asthmatique, ce malade avait été sujet, jusqu'à l'âge de 32 ans, à des manifestations périodiques de goutte atonique, sans réaction inflammatoire accentuée, en un mot, de goutte dégénérée.

A la suite d'une pleurésie grave *à frigore*, contractée dans une partie de chasse, tous les signes de la maladie diathésique disparurent brusquement, et, à partir de cette époque, les organes respiratoires devinrent à plusieurs reprises le siège de phlegmasies pleuro-pulmonaires qui, finalement, aboutirent à une tuberculisation nettement dessinée, dont je constate les signes pleno-stéthoscopiques à l'arrivée du malade à Menton. (Infiltration tuberculeuse des 2 sommets parvenus à la période cavitaire d'un côté.)

Exsudats pleurétiques disséminés avec noyau pneumonique assez étendu à caractère hypostatique à la base (côté droit). Les commémoratifs signalent tout particulièrement le retour fréquent d'hémoptysies à forme passive et à caractère opiniâtre. La dernière aurait *duré plus de* 2 *mois*, malgré l'énergie des moyens employés. Etat général mauvais. Débilité profonde. Expectoration purulente abondante. Toux fréquente et quinteuse. Fièvre vespérale peu marquée, variant entre 38 et 39°. Sueurs nocturnes localisées. Anorexie, etc.

Au retour d'un voyage en Grèce, il se trouvait le 1er janvier à Naples, où il apprit la mort de Gambetta ; il se rappelle avoir vu les pavillons des navires en berne. Continuant sa route, il était à Paris le 6 janvier, jour des obsèques. Ces détails nous éclairent sur la parfaite intégrité de sa mémoire avant la crise.

Il était descendu dans un hôtel, où il s'occupait tranquillement de ses affaires, sans se préoccuper outre mesure des événements politiques. Le 15 janvier il avait donné à un de ses amis un rendez-vous auquel il ne put aller à cause de la pluie. Tel est le dernier souvenir précis qu'il ait conservé.

A partir de ce jour, il existe une lacune, un trou noir, dans ses souvenirs, comme si l'on avait arraché quelques pages du livre de sa vie. Toute cette partie de son existence reste plongée dans les ténèbres jusqu'au moment où il s'est réveillé dans une maison de fous ; car il a parfaitement conscience de sa position, il sait qu'il a été enfermé comme aliéné à l'asile Sainte-Anne. Il en est profondément humilié. Du reste, il reconnaît qu'il n'y a pas un mot de vrai dans le récit tragique de son entrevue avec M. Paul de Cassagnac.

Cet homme a fait un rêve prolongé ; il ressemble au dormeur éveillé des *Mille et une Nuits*.

En un mot, j'étais bien en présence de cette forme de phthisie *ab arthritide* si bien décrite par mon regrettable maître Pidoux (1).

Après deux mois de séjour à Menton, le climat de cette station, secondé dans ses effets réparateurs par une médication appropriée, avait amené dans l'état local et général une véritable transformation, lorsque brusquement, sans signes précurseurs et sans cause appréciable, une violente hémoptysie se déclara. Après 24 heures, l'hémorrhagie revêtit comme autrefois la forme passive.

J'épuisai, pour m'en rendre maître, tout ce que l'arsenal pharmaceutique possédait d'astringent, de révulsif, tout sans excepter les injections hypodermiques d'ergotine. Vains efforts. A bout de ressources, me rappelant l'affinité élective que l'*hamamelis virginica* m'avait paru avoir pour le système veineux et que je lui avais déjà reconnue dans un cas qui se trouve relaté plus bas, j'administrai au malade 25 gouttes de *teinture de fleurs d'hamamelis virginica* dans un véhicule à prendre d'heure en heure par cuillerée à soupe; à la 5[e], l'hémoptysie cessait comme par enchantement. Je n'en continuai pas moins l'emploi en espaçant les doses. Le sang ne reparut

(1) Études générales et pratiques sur la phthisie, 1874.

Quel est, en effet, le caractère essentiel du rêve ? Quel est le point central du drame imaginaire auquel nous assistons ? Le pivot du rêve, c'est l'hallucination : le rêveur est toujours un halluciné et les hallucinations du rêve ont une netteté de contours, une précision de détails, qui ne se rencontrent que bien rarement à l'état de veille, même chez les aliénés les plus endurcis.

En second lieu, les hallucinations de la vue ont dans le rêve une prépondérance extraordinaire. Le toucher, le goût et l'odorat peuvent quelquefois intervenir, mais les hallucinations de l'ouïe sont extrêmement rares : c'est précisément l'inverse de ce que nous observons dans l'aliénation mentale.

Tous ces caractères se retrouvent chez notre malade. Il a vu M. de [illegible], il l'a directement interpellé, mais sans obtenir aucune réponse. Il a tiré six coups de revolver, sans entendre aucun bruit ; enfin, la victime est tombée, sans proférer une parole, sans pousser un cri.

Un troisième caractère du rêve est l'absence d'étonnement. Le jugement étant suspendu, les faits les plus étranges se déroulent devant nous, sans exciter la moindre surprise. De même, chez mon malade, rien ne l'étonne ; les bureaux du jour-

pas, et avec sa cessation, se modifièrent naturellement les signes stéthoscopiques perçus. M. le baron de R. séjourna à Menton jusqu'en avril *sans retour hémoptoïque.*

L'affinité élective de l'hamamelis pour le système veineux à laquelle je faisais allusion plus haut m'avait été révélée quelque temps auparavant par l'effet résolutif, par l'action constrictive de cet agent pharmaceutique sur les varicosités veineuses qui tapissent ordinairement la paroi postérieure du pharynx chez les phthisiques et qui contribuent pour une large part à la gêne pénible qu'ils ressentent à la gorge.

Ces varicosités constituent une des lésions anatomiques de l'angine folliculeuse que Chomel et M. Gueneau de Mussy (Noel), son élève, ont à tort considéré comme une affection locale, alors que l'observation aux Eaux-Bonnes et à Menton m'a depuis longtemps démontré qu'elle était une complication d'origine franchement phymatique et intimement liée à la phthisie.

L'emploi de la teinture d'hamamelis m'a également rendu des services précieux dans les métrorrhagies qui accompagnent si fréquemment les époques menstruelles chez les anémiques et les chlorotiques et qui laissent les pauvres femmes dans une profonde faiblesse.

---

nal sont déserts, il entre chez le rédacteur en chef sans que personne lui barre le chemin ; il lui adresse la parole, le menace, sans parvenir un seul instant à détourner son attention ; il le tue enfin sans éprouver la moindre résistance. Tous ces faits extraordinaires lui paraissent absolument naturels.

Un dernier caractère du rêve, c'est l'oblitération du sens moral. Carpenter raconte qu'un de ses amis, homme profondément religieux, était vivement affligé des rêves qui occupaient ses nuits. Il commettait des faux, des vols, des assassinats, sans éprouver le moindre remords de conscience, son unique chagrin était la crainte d'être pendu.

Semblable à ce rêveur, le malade dont je viens de rapporter l'histoire, qui croyait avoir commis un meurtre, demandait au moment de son arrestation, avec tout le calme d'une conscience pure, si l'on n'allait pas le décorer. Il n'éprouvait aucun regret de l'acte qu'il avait perpétré.

Il s'agit donc bien là d'un rêve, mais d'un rêve prolongé, l'un rêve qui a duré dix jours pleins ; le réveil s'est fait gra lnellement et la raison a ensuite repris son empire.

Ce singulier état physiologique, dans lequel le sommeil projette son ombre sur la veille, est oin d'être exceptionnel et je

Enfin, je terminerai ce court inventaire clinique des propriétés de l'hamamelis en signalant, ainsi que l'a fait avant moi M. le Dr Campardon (1), l'action résolutive de cet agent pharmaceutique dans les cas de phlébite localisée. J'ai en ce moment en traitement une jeune Italienne de Milan atteinte d'une phlébite bien accusée postpuerpérale du membre inférieur qui, d'après les commémoratifs, semblerait consécutive à une phlébite utérine, cette maladie, comme l'observation l'a maintes fois prouvée pouvant se manifester par extension dans le voisinage de l'organe primitivement atteint.

Tels sont les faits cliniques afférents à l'histoire de *l'hamamelis virginica*. Ils en établissent nettement les indications et en précisent les propriétés médicales. Quant à sa spécialisation pour le système veineux, je laisse aux chimistes le soin de rechercher si on doit l'attribuer au tannin ou à tel autre élément constitutif de la plante. Le côté clinique seul intéresse le praticien.

Dr CAZENAVE DE LA ROCHE,
Consultant à Menton.

---

(1) Journal de Médecine de Paris, 5 janvier 1888.

---

connais, pour ma part, nombre de personnes qui en sont plus ou moins victimes.

Une de mes observations les plus remarquables est celle d'un homme d'une intelligence assez développée, qui passait sa vie à forger des romans, dont il était dupe lui-même le premier. Un jour, il quitte sa femme sous prétexte d'aller participer aux épreuves d'un concours ; il rentre chez lui quelques heures plus tard, rend compte du sujet qui est sorti de l'urne et de la manière dont il l'a traité ; il discute les probabilités de sa nomination et se couche plein d'espérance. Le lendemain un ami auquel il rend compte de ses efforts, en présence de sa femme, le désabuse en lui apprenant que le concours en question n'a jamais existé et que la place n'est pas vacante. Un autre jour, il rentre chez lui, disant à sa femme qu'il a été insulté par un de ses amis, et qu'il doit se battre en duel avec lui le lendemain à six heures du matin. Cela fait, il se couche et s'endort tranquillement. La malheureuse femme passe sa nuit dans des angoisses affreuses ; mais le lendemain, à six heures, le mari dormait profondément ; on se garda bien de le réveiller. Lorsqu'enfin il se fut éveillé, il ne parla plus de son duel ; c'était encore un rêve qui avait traversé son esprit.

CLINIQUE CHIRURGICALE

—

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Professeur M. U. Trélat.

Hydrocèle double. — Inversion testiculaire.

Messieurs,

Nous allons opérer, devant vous, un homme entré au service de la clinique pour une double hydrocèle de la tunique vaginale. Ce malade, âgé de 45 ans, homme d'équipe au chemin de fer, ne présente aucun antécédent morbide notable ; il y a 25 ans il eut une blennorrhagie légère, il n'a point contracté la syphilis, jamais il n'a fait de maladie. Les renseignements qu'il nous a fournis sur le développement de ses hydrocèles ne sont pas absolument clairs ; d'après lui, il y a deux mois que les bourses ont commencé à se tuméfier ; cependant, en fouillant dans ses souvenirs, il croit se rappeler que la gauche était, depuis bien longtemps, plus grosse que la droite. J'en conclus qu'il y avait une hydrocèle du côté gauche, qui depuis deux mois a notablement augmenté.

Actuellement, si on examine ce malade, on constate d'abord que son abdomen présente les caractères du ventre à triple saillie, favorable, comme Malgaigne l'avait remarqué, au

---

A son arrivée à Paris, où il était venu pour me consulter, il sortit pour venir me trouver ; quelques heures plus tard il rentrait, plein de souvenirs de l'entrevue, et donnant force détails sur la consultation qu'il m'avait demandée et sur les prescriptions que j'avais formulées. Or ce récit était purement imaginaire. Le lendemain il m'écrit une lettre pour me prier de passer chez lui. A peine étais-je arrivé qu'il commençait la série de ses confidences en ces termes : « Monsieur, je suis atteint d'une triste maladie ; je suis horriblement menteur. » Il était menteur, en effet, parce que ses rêves perpétuels empiétaient à tel point sur le domaine de la réalité, qu'il passait sa vie à raconter des faits imaginaires ; on ne pouvait jamais croire un seul mot de ce qu'il disait.

On pouvait supposer qu'il cherchait à masquer des habitudes vicieuses, en donnant des prétextes plus ou moins plausibles pour justifier ses absences prolongées. Mais, lorsqu'on parvenait à le suivre et le surprendre, en pleine crise, on le trouvait attablé dans un café, ou couché dans une chambre d'hôtel, sans qu'il fût possible d'assigner aucun motif, même érotique, à cette fugue insensée. Il était visiblement plongé dans un rêve dont les souvenirs persistaient apres le réveil.

développement des hernies ; et en effet il a une hernie inguinale interstitielle à droite et à gauche une pointe de hernie. Il sera utile et nécessaire de lui faire porter un bandage. Dans le côté droit des bourses, on constate l'existence évidente d'une hydrocèle, parfaitement fluctuante, piriforme, absolument régulière et transparente comme une véritable lanterne. A la partie antérieure et interne de cette tumeur, vers le raphé médian des bourses, on trouve, sur la paroi vaginale, quelques reliefs, durs, noueux, confinant à une région assez ferme, plus dure que le reste de la tumeur ; on peut même saisir entre les doigts cette partie ; la douleur caractéristique révèle la présence du testicule ; mais il est placé en avant et en dedans de la tumeur liquide. Du côté gauche des bourses, on voit une tumeur ovoïde, allongée, d'un volume double de la précédente ; elle est moins franchement fluctuante ; sa transparence incontestable est aussi moins complète que du côté droit ; sa surface est plus résistante, dure, présente un léger sillon de lobulation, sans importance. L'opacité testiculaire est beaucoup plus difficile à trouver que du côté opposé ; on arrive cependant à la reconnaître à la partie antérieure et moyenne de la tumeur. Tous ces signes me font admettre qu'il y a une hydrocèle gauche, fort probablement ancienne, qui a notablement

---

Carpenter rapporte l'observation d'une dame, chez qui les souvenirs du rêve se mêlaient d'une façon tellement intime aux impressions de la veille, que jamais elle n'osait affirmer un fait quelconque, craignant toujours de l'avoir rêvé.

Faure a relaté dans les *Archives de médecine* plusieurs faits de ce genre.

Il existe de nombreuses analogies entre le rêve et la folie, et le premier de ces deux états peut précéder ou préparer le second. Moreau (de Tours) avait même été jusqu'à conclure à l'identité du rêve et de la folie. Sans admettre cette doctrine qui, formulée d'une manière trop absolue, dépasse à coup sûr la vérité, on ne peut nier cependant que les rêves peuvent être quelquefois les signes précurseurs d'une folie sur le point d'éclater et que les accès de folie transitoires avec hallucination de la vue se rapprochent par plus d'un point des rêves prolongés, et que ceux-ci donnent parfois lieu à des idées fixes qui dominent le cours de la vie tout entière.



augmenté depuis deux mois, et dans laquelle il s'est peut-être fait une légère exsudation sanguine. Des deux côtés le cordon est absolument normal ; des deux côtés il y a inversion testiculaire.— Ce malade, d'un examen facile, présente trois points intéressants à considérer.

Et d'abord, il faut remarquer que dans les hydrocèles vaginales la présence du testicule n'est pas toujours révélée par la recherche de la transparence de la tumeur. Quand l'épanchement est modéré, quand la tunique vaginale n'est pas fortement distendue et déplissée, quand, en un mot, le testicule ne se trouve point refoulé sur un de ses côtés, il reste au milieu de la tumeur liquide, de telle sorte que, lorsque l'on recherche l'opacité testiculaire on ne la trouve pas. Ce fait, paradoxal en apparence, s'explique par la diffusion des rayons lumineux dans la masse liquide, en tous les sens ; c'est pourquoi l'hydrocèle droite de notre malade est si parfaitement transparente. C'est par une palpation attentive, qu'il faut alors reconnaître la présence du testicule.

Second fait qui mérite de nous arrêter : l'hydrocèle est double. Il y a deux ans, je recherchai si la duplicité de l'hydrocèle révélait des caractères spéciaux au point de vue étiologique. Je recueillis et je compulsai un assez grand nombre d'observations et j'en tirai les conclusions suivantes. Toujours l'hydrocèle, quelle qu'elle soit, est symptomatique, bien que la cause en soit, fort souvent, petite, peu grave et peu importante. Les hydrocèles doubles, volumineuses peuvent se rapporter à deux ordres de causes ; elles sont, en effet, symptomatiques d'affections bilatérales des testicules. Or la tuberculose des deux épididymes est fréquente, et souvent aussi j'ai trouvé des hydrocèles doubles cachant des épididymes tuberculeuses bilatérales. Dans le début de mes recherches, j'étais tenté d'attribuer une part trop grande à la tuberculose épididymaire ; j'ai dû reconnaître un second ordre de faits. Il arrive, en effet, qu'un homme d'âge moyen, ayant une hydrocèle très ancienne voit tout à coup se développer une seconde hydrocèle qui est due à la présence de la remière. L'ancienne tumeur a agi en tiraillant, en irritant urdement la tunique vaginale. Le cas de notre malade me raît rentrer dans ce genre étiologique ; l'hydrocèle gauche st ancienne ; c'est l'hydrocèle mère pour ainsi dire ; la droite,

provoquée, récente, jeune, résulte des tiraillements produits par sa voisine ; c'est l'hydrocèle fille. Il faut donc se rappeler que les hydrocèles doubles, volumineuses s'observent chez des sujets porteurs de tumeurs doubles et simultanées des testicules, en particulier dans la tuberculose, et qu'on les rencontre aussi consécutivement aux tiraillements des anciennes hydrocèles.

Troisième fait intéressant: cet homme a une double inversion testiculaire ; des conséquences en résultent pour le traitement. Dans l'hydrocèle ordinaire le testicule est en arrière de la poche liquide, en arrière et en haut ; dans le cas que nous observons il est en avant et la poche s'est développée en arrière de lui. Rappelez-vous à ce propos qu'il ne faut jamais faire la ponction d'une hydrocèle sans avoir pratiqué un éclairage attentif de la tumeur. Dans ce cas, en effet, on embrocherait fatalement les testicules si on ponctionnait au lieu ordinaire. Il faut donc éclairer les bourses, combiner l'éclairage à la palpation la plus attentive ; cette recherche du testicule est facile avec un peu d'exercice ; elle est simple et obligatoire, sinon on s'expose à faire une opération regrettahle, fâcheuse et répréhensible.

Il ne faut pas, cependant, que l'inversion du testicule en avant vous fasse tomber dans une erreur dont je me rappelle un exemple curieux.

Un honorable praticien avait pris le testicule placé en avant d'une hydrocèle pour un lobe d'une tumeur. Voulant en débarrasser son malade il avait libéralement appliqué à la surface de cette tumeur une traînée de caustique qui avait produit une ulcération, bourgeonnante, fongueuse et du plus mauvais aspect. En désespoir de cause il envoie son malade à l'hôpital, dans mon service ; et après un nettoyage à fond, et un examen attentif je reconnus une hydrocèle avec inversion antérieure du testicule : je fis cicatriser l'ulcération et je ponctionnai la tumeur liquide ; le malade guérit admirablement et son testicule, dont l'existence avait été si sérieusement menacée fut sauvé (1).

(1) La ponction des deux hydrocèles a été pratiquée après la clinique, et l'exploration, devenue facile, des épididymes, a montré qu'ils étaient absolument sains et justifié le diagnostic.

Ulcération de la langue due à la syphilis héréditaire. — Vous m'avez vu examiner à plusieurs reprises, ces temps derniers, un jeune garçon de 16 ans, présentant toutes les apparences d'une excellente santé, et qui est entré dans nos salles, pour une petite ulcération de la langue. Ce jeune homme présente quelques antécédents de lymphatisme marquée ; il a eu des gourmes variées durant son enfance ; de plus, fait très important, il a perdu trois frères et sœurs en bas âge. Au mois d'août 1883, il fut atteint d'un mal de gorge assez violent qui se passa spontanément au bout de quelque temps. En juillet 1884, il y a six mois, il lui vint à la face supérieure de la langue un bouton rouge, non douloureux, qui finit par s'ulcérer au mois de décembre dernier. Il n'avait fait aucun traitement quand il se présenta à notre examen. Aujourd'hui on constate sur la moitié dorsale gauche de la langue une sorte de rhagade formant une fente en Y ; si on écarte les bords de cette fente, on trouve une cicatrice blanche au fond, trace d'une ulcération cicatrisée et guérie.

Sur le côté droit de la langue est une petite ulcération arrondie, déchiquetée, à fond rosé bourgeonnant, présentant encore. au moment de son entrée, quelques petits points jaunâtres qui se détergeaient.

Cette ulcération repose sur une base dure ; elle est et a toujours été absolument indolente. Le voile du palais présente, du côté gauche, quelques cicatrices gaufrées, peu profondes. La luette est déviée à droite, les piliers de ce côté sont déformés très notablement ; l'antérieur a disparu, le postérieur est creusé de cicatrices profondes et accolé à la paroi pharyngienne. Que conclure de cet examen ?

L'âge du sujet, la petitesse et la symétrie des ulcérations déjà cicatrisées, faisaient repousser absolument l'épithélioma lingual. Les dents du jeune malade sont régulières ; l'ulcération dure depuis près de six mois ; elle n'est pas déchiquetée, irrégulière, comme les ulcérations dentaires.

Etait-ce donc une ulcération tuberculeuse ? Etait-ce une ulcération syphilitique ? Un certain nombre de raisons me faisaient repousser l'hypothèse tuberculeuse ; jamais le malade n'avait souffert, et toujours j'ai remarqué que les ulcérations tuberculeuses de la langue amenaient des douleurs graves,

marquées, très persistantes. Les ulcérations tuberculeuses n'ont point cette tendance marquée à la cicatrisation, elles ne reposent point sur une base dure comme chez notre malade; chez lui, l'ulcère a un fond scléreux et sa marche se fait spontanément vers la guérison. J'ai fait examiner ce jeune malade par mon excellent ami le professeur Fournier; pour lui, ce sont des lésions manifestement syphilitiques, qui se cicatrisent spontanément, et les cicatrices gaufrées blanches du voile du palais sont la signature de la maladie. Nous sommes donc en présence d'une ulcération syphilitique ; elle n'a ni les caractères, ni l'aspect, ni l'histoire d'un chancre ; c'est une manifestation tardive de la syphilis.

Cette syphilis ancienne sur un sujet jeune ne peut avoir été contractée que pendant la première enfance ; fait rare, mais possible, comme chacun le sait ; ou bien elle est héréditaire. Nous n'avons pu avoir que des renseignements douteux, peu précis, sur ce point; mais il existe un commémoratif d'une haute valeur que nous avons signalé plus haut : la perte de trois frères et sœurs dans le jeune âge.

Leçon recueillie par M. Barette, *prosecteur à la Faculté.*

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la pneumonie franche par les bains froids. — M. Chaumier, après avoir rapporté plusieurs observations, conclut de la manièra suivante :

1° Les bains froids ne présentent aucun danger dans la pneumonie, à quelque période qu'on les emploie ;

2° Ils diminuent la température, ils diminuent la fréquence des battements du cœur, ils font disparaître les bruits de souffle causés par la fièvre ; ils diminuent considérablement aussi la dyspnée, ils calment la soif et permettent une alimentation plus abondante.

3° N'ayant expérimenté que sur des cas qui auraient guéri sans traitement, M. Chaumier garde encore une sage réserve et n'ose pas dire, en se basant seulement sur ses propres

observations, que ces bains diminuent la mortalité; cependant, tout porterait à le croire :

4° Chez les adultes, pour obtenir une amélioration durable, on devra donner un bain toutes les deux ou trois heures.

(*Congrès de Blois*).

Traitement de la coqueluche.— Parmi les innombrables médicaments proposés contre la coqueluche, en voici quelques-uns qui m'ont parfois donné de bons résultats :

Dans la première période ou période bronchique:

Sirop de Tolu.........	*āā* 60 gram.
Sirop de Polygala.....	
Sirop d'Eucalyptus....	

De 4 à 8 cuillerées par jour.

Dans la période convulsive, alors que l'existence de la coqueluche est confirmée et qu'on ne constate aucune complication, j'autorise quatre petits repas et après les trois premiers je donne une ou deux cuillerées à café de café noir chaud et sucré ; ce moyen a souvent remédié aux vomissements parfois si opiniâtres qui provoquent trop souvent l'affaiblissement des petits malades.

Les vomitifs et surtout l'ipeca ou le Narcisse des prés répétés de temps en temps semblent parfois hâter l'établissement de la période catarrhale ; ils sont surtout efficaces dans les cas où la complication bronchique n'est pas très intense.

A l'exemple de mon père, j'ai souvent fait usage de la belladone, mais avec des résultats très variables.— Voici la méthode employée (pour les enfants de moins d'un an) :

Extr. de Belladone	10 milligr.
Poudre de racine de Belladone	25 centigr.
Sucre en poudre	50 centigr.

Mélangez et divisez en 25 petits paquets de un à quatre paquets par jour, mais progressivement, en n'augmentant d'une prise que tous les deux jours. Pour les enfants de 2 a 5 ans, on peut donner 6 et 8 prises par jour, mais progressivement aussi.

J'ai parfois obtenu de bons résultats en associant la bella-ne aux bromures de potassium, de sodium ou d'ammonium éparés en sirop. Enfin, le drosera a semblé me donner assez uvent une diminution dans le nombre et l'intensité des quin-s.

Voici la formule que j'emploie souvent avec succès :

Teinture de Droséra	40 gr.
Teinture d'Aconit	10 gr.
Teinture de Belladone	8 gr.

e 20 à 50 gouttes par jours en 3 fois.

Quant aux produits de l'épuration du gaz d'éclairage (usine à gaz), non seulement il n'a jamais pour moi produit d'effet favorable. mais en maintes circonstances il a été la cause de graves complications pulmonaires.

Le changement d'air et l'usage des bains d'air comprimé sont à la fin des coqueluches un excellent moyen pour hâter leur terminaison. Dr R. Blache.

De l'action antifébrile de l'antipyrine.— L'antipyrine est un alcaloïde artificiel, isolé par Knorr, qui lui a donné, en raison de sa constitution chimique, le nom de *Dimethyloxychinicine.* C'est une poudre blanche à peine teintée, cristalline, soluble, dans l'eau et dans l'alcool, d'une saveur très légère, sans arrière-goût persistant. Les premières recherches sur l'action hypothermique de ce médicament sont dues au prof. Filehne et l'antipyrine est aujourd'hui employée dans presque toutes les cliniques d'Allemagne.

Les résultats obtenus par Guttman dans des affections fébriles très diverses, par Falkenheim, par Büsch, par Gerhardt à Wurzbourg, par Biermer à Breslau, par Kusmaül à Strasbourg, par Ernst dans l'épidémie intense de fièvre typhoïde qui a sévi dans ces derniers temps à Zurich, par May et Alexander et par le Prof. Masius, de Liège, sont venus confirmer les assertions de Filehne.

Filehne avait constaté qu'à la dose de 4 à 6 grammes l'antipyrine abaisse la température d'une façon notable. La défervescence se fait d'une manière lente, progressive et persistante. Au bout de quelques heures la température est abaissée de 2° à 3° ; elle se maintient pendant une ou deux heures à un niveau constant, puis remonte lentement pour atteindre le maximum primitif seulement après 6, 12, ou 18 heures.

Pendant que le thermomètre s'abaisse, on note quelquefois des transpirations, mais pendant qu'il remonte il ne se produit jamais de frisson.

A part les vomissements, qui se sont montrés dans quelques cas, Filehne n'a constaté aucun effet secondaire fâcheux.

Cependant, l'hypothermie est parfois tellement accentuée qu'elle serait de nature à inquiéter le praticien. On l'observe 7 à 8 heures après l'administration de l'antipyrine.

Parmi 72 observations du Prof. Masius, nous constatons qu'à ce moment :

9 fois le thermomètre a marqué 36° C.
10 fois — — 35°.
4 fois — — 34°.
1 fois — — 33°.

Aussi recommande-t-il, quand on a affaire à des sujets affaiblis, de commencer par des doses modérées de 2 à 3 grammes, qu'on peut élever dans la suite. De la sorte on éviterait d'abaisser la température au-dessous de la normale à un degré tel qu'on pourrait craindre un collapsus.

M. le Prof. Masius prescrit habituellement des poudres de 1 gramme qu'il fait prendre dans des hosties :

A 5 heures 2 grammes.
A 6 heures 2 grammes.
A 7 heures 1 gramme.

Cahn donne l'antipyrine entre 11 heures et 2 heures. D'après Ernst, une seule dose de 2 grammes donnée à midi ou dans les premières heures de l'aprés-midi réussit à empêcher l'exacerbation vespérale, mais ce mode d'administration prédisposerait davantage aux vomissements.

D'ailleurs, pour éviter le vomissement, on pourrait donner l'antipyrine en *lavement*. C'est ce qu'a fait Alexander, qui dit avoir obtenu ainsi des effets aussi durables et aussi marqués qu'en donnant la même dose par la bouche.

On a aussi tenté d'administrer l'antipyrine par la voie sous cutanée, mais la douleur qui accompagne les injections a fait rejeter cette méthode.

En résumé, l'antipyrine est un excellent moyen d'abattre température fébrile. Administrée dans la fièvre typhoïde, dans tuberculose pulmonaire, dans la diphthérie, la pneumonie, rysipèle, le rhumatisme articulaire aigu, elle a fourni des sultats constants. Malheureusement son prix élevé et les difultés que l'on trouve à s'en procurer en restreindront peut-

être longtemps l'emploi. (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège.*) Dr OGER.

Sur le traitement de l'angine diphthéritique, par LINDEMANN (Munster). — Ce traitement a donné à l'auteur depuis quelque dix ans des succès extraordinaires.

Partant de ce principe que la diphthérie du pharynx est au début une maladie locale, il attache une énorme importance à un traitement local minutieux. Il a fait, au début de sa pratique, des cautérisations au nitrate d'argent, puis au carbol, seul ou associé à l'iode (recommandé tout spécialement par Mossler). Puis, reconnaissant que toute lésion de la muqueuse est une nouvelle cause d'inflammation et une porte de plus ouverte à l'infection, il a adopté l'acide borique, puis des gargarismes fréquents à l'eau de chaux étendue. Mais l'acide borique n'a qu'un faible pouvoir antiseptique et n'est soluble que dans une assez grande quantité de liquide, 1 pour 26. Aussi a-t-il ajouté à ce remède l'acide lactique en solution à 10 %, et il prescrit habituellement : acide borique, 2 ; acide lactique, 5; eau dist. 50.

Les badigeonnages sont pratiqués avec un pinceau d'ouate dégraissée et le pinceau est renouvelé chaque fois, ce qui est préférable à l'emploi des pinceaux de cheveux ou de blaireau difficiles à bien nettoyer. Le pinceau doit être introduit d'abord au plus profond de la gorge, sans toucher les parties, et le badigeonnage ne se fera qu'au retour.

La disparition des plaques fibrineuses se fait avec une rapidité étonnante dans les cas légers et dans les cas graves une amélioration évidente les suit toujours.

Dans l'intervalle des badigeonnages, lorsque cela est possible gargarismes à l'eau de chaux étendue de partie égale d'eau pure, petits morceaux de glace; ou encore, injections et même inhalations d'eau de chaux si l'exsudation paraît vouloir s'étendre du côté du larynx.

En outre de la glace ou de l'eau glacée à l'intérieur, enveloppement du cou par une cravate d'eau glacée, qui sera changée plus ou moins souvent selon l'allure et les périodes de la maladie, toutes les deux heures ou toutes les heures. Dans les cas graves cet enveloppement local sera continué pendant la nuit.

A l'intérieur chlorate de potasse et en même temps solution de nitrate et de bi-carbonate de soude. Dans les cas graves et de longue durée, ajouter à cette solution de 1 à 2 gr. de teinture de strychnine pour prévenir la paralysie du cœur. Enfin, dans les températures excessives, quinine et bains ou enveloppements froids.

En même temps, prévenir l'affaissement des forces au moyen d'une nourriture substantielle et du vin de Tockay ou analogue, du cognac.

Aucun de ces moyens n'est nouveau, ni particulièrement actif ; le succès résulte de leur combinaison. (*Allg. med. cent. Zeitung*, 5 nov.)

A part les enveloppements froids, ce traitement diffère, en somme, fort peu du traitement classique. Il donne chez nos voisins des succès extraordinaires. Que ne fait-il de même en France ? S'agit-il bien de la même maladie, ou la diphthérie est-elle particulièrement maligne chez nous ? Nous croyons en tout cas qu'il est peu de médecins qui n'aient constaté l'insuffisance de ce traitement, et l'ardeur même qu'on met à rechercher des remèdes nouveaux vient, non pas comme le pense Lindemann, de ce qu'on n'a pas suffisamment expérimenté les anciens, mais bien de ce que cette expérience a montré bien des fois leur insuffisance.

R. C.

CHIRURGIE ET THÉAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Des fractures chez les syphilitiques, par le Dr Louis Gellé. — Il y a longtemps déjà que l'on sait combien la syphilis tertiaire et même la syphilis secondaire peuvent altérer profondément le squelette. De là à remarquer que chez certains syphilitiques des fractures pouvaient se produire sous l'influence des causes les plus minimes, il n'y avait qu'un pas. Aussi notre excellent collègue et ami, le Dr Gellé, n'a-t-il pas la prétention d'avoir le premier attiré l'attention sur ce point ; il n'en est pas moins vrai que son travail est le premier travail d'ensemble que l'on ait publié sur cette question si importante et si intéressante à la fois, et l'on peut dire qu'il l'a faite sienne par la multiplicité des documents qu'il a rassemblés, et par la clarté de la description qu'il a donnée.

Ses recherches ont surtout porté sur la syphilis acquise ; il n'en a pas moins donné une excellente description des lésions osseuses de cet ordre qui peuvent se rencontrer dans la syphilis héréditaire. Chez les enfants nés de parents syphilitiques on peut observer des décollements épiphysaires et des fractures vraies. Les décollements épiphysaires, qui ont été signalés pour la première fois par Valleix en 1835 chez les nouveaux-nés syphilitiques, ont été surtout étudiés par Wegner et par Parrot, et se caractérisent le plus souvent par une inertie à peu près complète du membre ; ils peuvent guérir par le traitement antisyphilitique. Les fractures proprement dites de la syphilis héréditaire doivent être divisées en deux grandes classes : les unes s'observent chez les enfants âgés de quelques semaines et se produisent toujours au voisinage de la ligne chondro-calcaire qui établit la limite de séparation entre la diaphyse et le cartilage épiphysaire ; les autres surviennent chez des enfants plus âgés et se font au milieu même de la diaphyse. Celles-ci peuvent évoluer et se consolider sans traitement spécifique, comme chez des individus sains, bien que parfois l'enfant ait présenté quelque temps après des lésions spécifiques des plus nettes.

Passant ensuite à l'étude de la syphilis acquise, l'auteur apporte une foule de documents qui prouvent de la façon la plus évidente que l'infection syphilitique constitue une cause prédisposante aux fractures, soit qu'elle ait engendré une altération générale du système osseux, soit qu'elle ait déterminé, ce qui est bien plus fréquent, une lésion locale qui a diminué en ce point la résistance de l'os. La syphilis retarde dans un certain nombre de cas la consolidation des fractures, quelquefois elle est une cause de pseudarthrose ; aussi chez tout syphilitique ayant une fracture ne faut-il point négliger d'instituer le traitement spécifique qui, loin d'être une cause de débilitation, pourra peut-être empêcher l'évolution de ces graves accidents. Le Dr Gellé a prouvé également par d'intéressantes observations que la syphilis peut déterminer la transformation de la plaie des fractures compliquées en ulcération spécifique rebelle : parfois, enfin, les fractures consolidées ou non consolidées peuvent être un véritable point d'appel pour les manifestations de la syphilis, et constituer ainsi un *locus minoris re-*

sistentiæ où ne manquent pas de se produire et d'évoluer les accidents les plus graves. Aussi croyons-nous que l'on ne peut, après avoir lu l'excellent travail du Dr Gellé, ne pas accepter ses conclusions qu'il formule en ces termes : « La syphilis « nous paraît avoir un rôle nettement établi dans la genèse « et l'évolution des fractures : elle nous paraît pouvoir se ma- « nifester tardivement au niveau d'une fracture ancienne. « Aussi dans tous les cas où l'on observera soit une fracture « qui ne paraît pas en rapport avec l'intensité du traumatisme « original, soit un retard ou un manque dans la consolidation, « on devra songer à elle, la chercher, la traiter s'il y a lieu, en « même temps qu'on mettra en œuvre les autres moyens dont « on dispose pour amener la consolidation des fractures. »

Dr L. Brocq.

Du traitement des fractures du tiers supérieur du fémur par l'abduction. — M. Delthil (de Nogent) présente un travail sur le traitement des fractures du tiers supérieur de la cuisse par la position du membre dans l'abduction.

Il fait remarquer que cette idée a été émise par lui dès 1869 dans sa thèse inaugurale et que les travaux de M. Hennequin, qui développent ultérieurement cette idée, ne datent que de 1875.

Il cite trois observations où, grâce à cette méthode, le raccourcissement n'a été que d'un centimètre.

Il n'est pas douteux, en effet, que le mécanisme du raccourcissement ne soit le résultat de la déformation en crosse du membre ou déviation angulaire produite par l'impossibilité où l'on se trouve de rabattre le fragment supérieur qui a toujours une tendance, par l'action des muscles trochantériens, à être entraîné en dehors, alors que le fragment inférieur est attiré en dedans par les adducteurs.

Il conseille donc de ne pas changer la position du fragment supérieur et de porter le fragment inférieur fortement dans l'abduction ; il se trouvera naturellement placé dans la continuité du premier.

Cette position est facilement supportée par le malade et permet d'employer différents appareils : le double plan incliné, la gouttière, voire même de simples coussins, et de se servir de l'extension et de la contre-extension. (*Congrès de Blois.*)

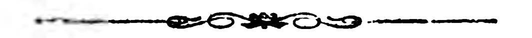
OBSTÉTRIQUE, GYNÉCOLOGIE ET PÉDATRIE

Contribution à l'étude anatomique et pathologique des petites lèvres, par le Dr CARRARD. — La littérature médicale ne contient que peu de chose sur la structure histologique de ces organes. Quelques autorités soutiennent qu'ils sont constitués par la membrane muqueuse ; d'autres qu'ils se rapprochent histologiquement de la peau. La même controverse existe au sujet des terminaisons nerveuses dans ces parties. Au point de vue de la pathologie des petites lèvres, l'affection la plus commune est l'hypertrophie, qui résulte habituellement soit du prurit, soit d'un onanisme excessif. La cause de ce prurit n'est pas bien connue : les uns le considèrent comme dépendant du diabète sucré ; les autres (Hildebrand, par exemple) comme dû à une dilatation des capillaires. Carrard a fait une étude spéciale de petites lèvres saines et de deux spécimens d'hypertrophie. L'un de ces spécimens provenait d'une femme qui souffrait de prurit ; l'examen ne révéla aucune dilatation de vaisseaux sanguins. La méthode employée par Carrard pour la préparation de ses spécimens est la suivante : les sections étaient lavées dans l'eau, puis laissées pendant 24 heures dans une solution à six pour cent de sel commun, puis pendant dix minutes dans une solution au dixième d'acide formique, lavées soigneusement dans l'eau, et, suivant l'épaisseur de la pièce, immergées pendant une demi-heure à trois heures dans une solution à un pour cent de chlorure d'or et de sodium, à l'abri de la lumière ; lavées de nouveau dans l'eau et placées pendant 24 heures dans une solution au dixième d'acide formique. L'or est alors complètement réduit, et la section, après avoir été lavée dans l'eau, peut être montée dans la glycérine. Les conclusions tirées de l'examen microscopique des petites lèvres normales sont en résumé les suivantes : Les petites lèvres dans tous leurs caractères essentiels ressemblent à la peau (les papilles sont bien développées, il y a des glandes sébacées, l'épithélium a le même caractère et le même arrangement). Sur les papilles on trouve des corpuscules du tact de Meissner régulièrement formés, tels que jusqu'à présent on les a seulement trouvés à la paume de la main et à la plante du pied, au bord des paupières, sur les mamelons chez l'homme et chez

la femme, sur le clitoris, à la face antérieure de l'avant-bras, et sur la surface rouge des lèvres. Quant aux spécimens pathologiques, on trouva la même chose dans les deux, une hypertrophie du tissu connectif possédant des nerfs dans son épaisseur, avec un accroissement marqué de ces derniers en épais et beaux paquets représentant trois ou quatre fois le nombre normal. On distingua trois espèces de corpuscules nerveux terminaux: 1° des corpuscules tactiles de Meissner, au sommet et à la base des papilles ; 2° des bulbes terminaux globulaires, comme ceux qui ont été décrits à la conjonctive par exemple, qu'on ne trouverait pas sur des petites lèvres normales ; 3° une forme qui n'a pas encore été décrite chez l'homme, semblables à ceux qui ont été vus par Ihlder dans la langue des oiseaux. Ils semblent être une forme de transition entre les deux variétés précédentes. Ce qu'on a trouvé au microscope sur l'augmentation des nerfs dans les lèvres hypertrophiées explique très bien les symptômes qui accompagnent cette affection. Cela est encore intéressant pour une autre raison. La formation des corpuscules du tact a été décrite par Kranse et Langherans comme se formant tout à fait au début de la vie fœtale, vers le septième mois. Il ne s'en formerait pas de nouveaux après la naissance. Dans l'hypertrophie des petites lèvres, l'auteur a montré qu'il y avait non seulement augmentation du nombre des faisceaux nerveux, mais encore, au moins dans les points pathologiques, une néoformation passive d'organes terminaux. Enfin, Carrard a reconnu la présence dans les lèvres hypertrophiées de tissu adénoïde à la surface, s'étendant uniformément au voisinage des glandes sébacées. Il est possible que cette accumulation de substance adénoïde contribue à l'aspect inégal de la surface des lèvres hypertrophiées.

Quant à la signification pathologique de ce tissu adénoïde, Carrard avoue qu'il ne la voit pas bien. (*Zeitsch. f. geb. und Gynæk.*, X, I. *Amer. Journ. of Obst.* November 1884.)

D^r Ad. Olivier.



REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

—

Traité de gynécologie opératoire avec l'exposé des procédés d'exploration en gynécologie, par A. HÉGAR et R. KALTENBACH. Traduit de l'allemand par le Dr PAUL BAR, précédé d'une préface par le professeur Tarnier (gr. in-8°, chez Steinheil, éditeur. Paris, 1885.)

L'important ouvrage dont nous sommes chargé de donner l'analyse ne comporte pas moins de vingt-cinq chapitres. On peut dire, cependant, qu'il se compose en réalité de deux parties : la première est relative à l'examen clinique avec ou sans instruments, aux procédés d'exploration et à la petite chirurgie usités en gynécologie ; la seconde, plus importante, est consacrée à la description et à la critique des opérations qui se pratiquent sur les ovaires, l'utérus, les ligaments larges, le vagin, la vulve et le périnée.

Après avoir montré quelle est la meilleure position à donner aux malades pour pouvoir les bien examiner, Hégar arrive à l'anesthésie qu'il conseille d'employer, même pour les petites opérations. Dans ces cas, il emploie généralement le chloroforme ; mais, pour les grandes opérations, il préfère l'éther. Il lui est même arrivé, lorsque pendant une opération le chloroforme donnait lieu à des accidents, de lui substituer l'éther ; mais il recommande soigneusement de ne jamais substituer le chloroforme à l'éther si l'on ne veut exposer sa malade à de graves accidents. Le palper et le toucher vaginal sont bien étudiés et l'auteur insiste pour qu'on les combine ; il est souvent utile de pratiquer le toucher rectal. Quant au toucher vésical, il doit être absolument réservé pour les cas où il ne reste plus que ce procédé pour permettre d'établir un diagnostic exact. Il faut que le doigt ne mesure pas plus de 6 centimètres de circonférence, sans quoi on expose la malade à une incontinence d'urine persistante et abondante.

Dans certains cas, il peut être utile de pratiquer l'examen de la cavité utérine ; la sonde utérine ne pouvant donner que des renseignements fort restreints, Hégar pratique couramment le toucher intra-utérin ; mais pour cela il faut au préa-

lable dilater les orifices ; il emploie alors une série de bougies en gomme durcie, cylindriques, coniques à leur extrémité ; il rejette l'éponge préparée, la laminaria et les dilatateurs métalliques.

Cette pratique de Hégar peut assurément dans ces cas rendre de grands services ; mais comme on est forcé d'attirer l'utérus à la vulve, qu'on contusionne toujours plus ou moins l'utérus, on ne manquera pas d'engager la malade à garder le lit un jour ou deux après l'examen. Le chapitre consacré en partie aux pessaires est très intéressant ; Hegar s'efforce de montrer combien ils sont utiles surtout dans la rétroversion. Mais avant d'appliquer un pessaire, il faut opérer la réduction de l'utérus. Pour cela, on fera prendre à la malade la position genu-brachiale. Dans cette posture, la pression abdominale s'abaissant fortement et devenant généralement inférieure à la pression atmosphérique, le vagin se remplit spontanément d'air et le corps de l'utérus est entraîné dans la cavité abdominale, si bien que sa portion vaginale vient se placer près du promontoire et s'avance assez souvent hors du petit bassin. Si cette posture est insuffisante pour amener la réduction, on fera des manœuvres avec une ou mieux les deux mains. Quant à la sonde utérine, Hégar ne s'en montre pas partisan. L'utérus réduit, il faut le maintenir : pour cela, on appliquera soit un pessaire de Hodge, soit un pessaire en traîneau. On ne se servira du pessaire intra-utérin que lorsque tous les autres moyens pour corriger les anomalies de forme et de structure de l'utérus auront été essayés en vain, ou ne permettraient d'espérer aucun résultat.

La seconde partie, avons-nous dit, comprend les grandes opérations ; c'est l'ovariotomie qui tient la tête. Les indications et contre-indications en sont bien posées. Mais quel doit être le traitement des tumeurs de l'ovaire compliquant la grossesse ? Ces tumeurs exercent toujours une action défavorable sur la grossesse et l'accouchement ; si la tumeur est petite et stationnaire, il faut s'abstenir ; si la tumeur est vo-umineuse, s'il y a une grande cavité kystique, des douleurs, on ponctionnera ; mais la ponction est impuissante et même quelquefois dangereuse quand il y a des tumeurs solides et multiloculaires ; il survient des signes de compression et l

faut choisir entre l'interruption de la grossesse et l'extirpation de la tumeur.

On n'interrompra la grossesse que s'il y a eu enclavement de la tumeur. S'il faut opérer, on choisira de préférence les premiers mois. Si on blesse l'utérus, en opérant, il est indiqué de le vider et au besoin, d'enlever l'organe déchiré par l'amputation supra-vaginale. Comment faut-il traiter le pédicule ? Hégar et Kaltenbach préfèrent la méthode intra-péritonéale. Cette méthode paraît être préférée : 1° parce que le pédicule est ainsi soustrait à l'action ultérieure des agents septiques ; 2° parce qu'il est toujours possible d'obtenir une occlusion complète de la paroi abdominale. Faut-il drainer le péritoine ? Non, s'il n'est pas ou peu altéré dans sa structure et si peu de liquide sanguin ou séro-sanguinolent suinte. Dans le cas contraire, il faut drainer et on préférera le drainage par la plaie abdominale et le vagin.

La castration ovarique connue sous le nom d'opération de Battey, n'est pas encore entrée dans la pratique française, mais à l'étranger elle a été exécutée un grand nombre de fois. Elle est indiquée « dans les cas d'anomalie ou de maladie mettant directement la vie en jeu, pouvant amener la mort dans un court espace de temps, ou bien capable de produire une infirmité de longue durée faisant continuellement des progrès et enlevant tout bien-être et toute jouissance de la vie. Nous supposons, bien entendu, que tout autre moyen de traitement ne permettrait d'espérer aucun résultat, ou bien que tout aurait été employé sans succès, tandis que l'ablation des ovaires paraît seule capable d'amener la guérison. » Les auteurs n'acceptent en somme que la castration double : c'est une opération grave, qui a donné entre les mains d'Hégar une mortalité de 14 °/₀ et entre celle des autres chirurgiens une mortalité de 22 °/₀. On conçoit donc la réserve des chirurgiens français en présence d'une telle mortalité et des résultats ultérieurs, dans les cas de guérison ; car il faut bien savoir que l'opération est loin d'avoir toujours fait disparaître les accidents pour lesquels on avait opéré.

Le chapitre qui traite de l'extirpation totale de l'utérus est des plus complets et des plus intéressants. C'est une opération qui a été surtout pratiquée en Allemagne ; jusqu'à

Freund les chirurgiens se sont tenus sur la réserve, mais lorsqu'en 1878 cet auteur décrivit son procédé, cette opération fut accueillie par les chirurgiens étrangers avec engouement.

Et, cependant, quels en sont les résultats? Une mortalité de 71 % et il faut ajouter qu'aucune des malades qui ont survécu n'a été radicalement guérie. La méthode préconisée par Sauter et Récamier a donné de meilleurs résultats, la mortalité n'a été que de 25 %. Mais ici encore il faut tenir compte des récidives. C'est là l'explication de la réserve des chirurgiens français.

A propos de l'extirpation partielle portant sur le col utérin, Kaltenbach se prononce nettement pour le bistouri, de préférence à l'anse galvanique, parce que, dit-il, le bistouri permet d'enlever plus sûrement toute l'étendue des surfaces malades.

Le chapitre de l'inversion utérine est un peu court, surtout dans ce qui a trait à la réduction manuelle ; pour l'ablation, Kaltenbach rejette le fil simple, et accepte la ligature élastique, mais seulement comme opération préliminaire à d'autres méthodes d'extirpation. Il propose de faire d'abord une ligature en masse autour de la portion inversée, puis de pratiquer l'excision avec l'écraseur, le couteau ou l'anse galva nique.

Nous citerons encore les chapitres qui ont trait aux fistules urinaires et au prolapsus utérin. Enfin, nous signalerons celui qui est consacré aux déchirures anciennes du périnée ; on y trouvera décrits les différents procédés opératoires qui ont été proposés pour y remédier. Hégar et Kaltenbach sont d'avis d'opérer tout de suite après l'accouchement ; si on n'opère pas de suite, il faut attendre l'involution complète des organes sexuels. Ils rejettent l'avis de Holst, qui opère du 5e au 10e jour.

Nous ne saurions mieux faire, en terminant, que de reproduire ici l'appréciation du professeur Tarnier : « Le livre des professeurs Hégar et Kaltenbach est, d'un bout à l'autre, aussi intéressant qu'instructif. Ecrit avec une grande bonne foi, il est pour ainsi dire vivant, parce que, malgré sa forme théorique, c'est avant tout une œuvre de clinique personnelle,

d'autant plus remarquable que le talent d'observation de ces deux auteurs n'est contesté par personne, et que l'habileté opératoire du professeur de la clinique gynécologique de Fribourg est universellement reconnue. En traduisant ce traité, M. Bar a donc été bien inspiré.

Trop souvent le mérite d'un traducteur passe inaperçu, et on ne lui tient guère compte du travail ingrat et considérable auquel il s'est dévoué. J'espère qu'il en sera autrement pour M. Bar, dont la traduction, toujours exacte, très claire et facile à lire, rendra assurément de grands services au public médical. »

Dr Ad. Olivier.



CORRESPONDANCE

LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES.

A Monsieur le Docteur Lutaud, Rédacteur en chef du « *Journal de Médecine de Paris* ».

Vous le voyez, je n'ose plus mettre en tête de ma lettre : « *Mon cher collègue* » ou bien : « *Mon cher Monsieur Lutaud* », ainsi que je me le suis permis plusieurs fois déjà, parce que vous avez l'air d'être, comme *le Père Duchesne*, très en colère après moi.

Je viens de voir, en effet, dans le numéro du 17 janvier, du *Journal de médecine de Paris*, page 110, sous la rubrique, VARIÉTÉS, une note très énergique, à propos de l'article paru dans le numéro du 27 décembre dernier, et une accusation de réclame personnelle que j'aurais ainsi voulu me faire en le publiant.

Les raisons qui ont dicté la note à laquelle je réponds, viennent d'une confusion sur laquelle je vais rétablir la vérité.

Ce blâme et cette accusation ne peuvent en effet être adressés à mon article, dont je garde d'ailleurs toute la responsabilité, s'il y en a une à prendre, et qui n'a pu contenir dans ma pensée aucune allusion blessante pour le corps médical dans lequel j'ai l'honneur de compter de très nombreux et très sincères amis.

Quant à la réclame personnelle, cette accusation ne saurait se soutenir, car si j'avais jamais dû y avoir recours, ce n'est pas après 35 années d'exercice sans bruit et sans tapage, et à la fin de ma carrière pharmaceutique que j'aurais pu avoir la fantaisie d'y songer.

Votre blâme très mérité ne peut donc s'adresser qu'à un article intitulé : « *La Semaine Médicale* », et publié dans le journal *Le Soir*, du 5 janvier dernier ; et à ce blâme, je m'associe de bien grand cœur, car, en le lisant, je me suis demandé si le signataire de cet article n'avait pas voulu se moquer de moi en accolant à mon nom et *sans mon autorisation surtout* des épithètes qu'il a peut-être jugées flatteuses pour moi, mais que j'ai répudiées avec toute

l'indignation de mon honnêteté froissée, parce que je n'ai jamais eu aucun titre qui me permît de viser à de semblables qualificatifs.

Monsieur le Docteur Legué, dont le pseudonyme *Engel*, voile le véritable nom à la fin des articles qu'il publie dans *Le Soir*, n'est pas mon ami. Je n'ai jamais eu avec lui de relations d'aucune sorte, je n'ai jamais mis les pieds chez lui et n'ai eu l'honneur de sa visite, pour affaires professionnelles ou de Bureau de bienfaisance que sept à huit fois dans toute ma vie.

On ne peut donc, pas me *rendre responsable* ni m'acuser de m'être entendu avec lui, pour reprendre mon article, et l'habiller, le commenter, et le défigurer d'une façon tellement viruleute, en entremêlant ses réflexions avec quelques-unes de mes phrases, qu'il a fait une page injurieuse, au point de soulever l'indignation d'un certain nombre de médecins et de pharmaciens honorables.

Je lui ai fait, d'ailleurs connaître ma pensée à cet égard, en présence de plusieurs personnes, dont l'une, un de mes élèves, est votre parent, et confirmerait, au besoin, ce que je viens de dire.

Aurez-vous la bienveillance, Monsieur le Rédacteur, de vouloir bien insérer cette réponse dans votre prochain numéro ; non pas pour ceux de vos confrères qui me connaissent et ont pu me juger depuis longtemps ; mais pour ceux qui, ne me connaissant pas, ont besoin de savoir de quel côté est venue l'attaque injurieuse.

Veuillez agréer, etc.

JULLIARD,
Membre de la Société médico-pratique.

FORMULAIRE

Action physiologique et thérapeutique de la cotoïne,
Par ALBERTONI.

Le coto-coto est un arbre de la famille des laurinées originaire de la Bolivie.

On distingue deux variétés d'écorces de cette plante : l'une connue sous le nom de coto verum, l'autre sous le nom de para-coto De la première, M. Jobst a isolé la cotoïne ; de la seconde variété d'écorce, on a tiré un principe analogue à la cotoïne, mais qui en diffère néanmoins par certains côtés, la para-cotoïne.

A la dose de 10 à 20 centigrammes par jour, la cotoïne stimule l'appétit sans troubler et rien les fonctions digestives ; elle traverse l'estomac intacte, mais se dissout dans la bile et se trouve absorbée à la surface de l'intestin ; on la retrouve dans l'urine.

D'après M. Albertoni, la para-cotoïne est douée des mêmes propriétés. Les préparations de cotoïne, sous forme de poudre, de racine et de teinture ont été préconisées comme antidiarrhéiques ; il faut l'administrer soit en poudre enrobée dans du pain azime ou en suspension dans un mucilage de gomme à la dose quotidienne de 10 à 20 suivant la formule :

Cotoïne..............	0 gr. 40
Bicarbonate de soude..	1 —
Eau.................	100 —
Glycérine.............	20 —

—

Essence de thym

(Par le Dr Campardon).

Huile essentielle de thym	10 centigr
Savon amygdalin......	10 —
Poudre de guimauve..	Q. S.

Pour une pilule enrobée dans une couche de baume éthéré de Tolu.

MM. Gubler, Campardon et beaucoup de thérapeutistes préfèrent employer l'essence de cette labiée à l'infusion aqueuse de la plante qui est souvent prescrite à la dose de 10 à 12 grammes par litre d'eau.

—

Citrate effervescent de lithine.

(M. Hurty).

Bicarbonate de soude.	10 parties.
Acide tartrique.....,	9 —
Citrate de lithine.....	1 —

—

Citrate effervescent de fer.

Mêmes proportions que ci-dessus; on ajoute :

Citrate de fer ammoniacal 1 partie.

—

Citrate effervescent de magnésie.

Aux doses ci-dessus, on ajoute :

Citrate de magnésie... 6 parties.

Citrate de Caféine.

Bicarbonate de soude.,	40 —
Acide tartrique.......	36 —
Citrate de caféine.....	1 —

—

Emploi de l'acétate d'ammoniaque à l'extérieur.

MM. Biett et Ricord ont donné la formule suivante :

Acétate d'ammoniaque.	15 gram.
Laudanum de Sydenham..............	5 —
Eau de rose..........	150 —

—

Traitement de la grippe

(Monin).

Sirop d'ipécacuanha.......	60 gr.
Teinture de Rhubarbe.....	30 —

Une cuillerée à café deux fois par jour dans une infusion de thé léger.

—

Eczéma du cuir chevelu

(Busch).

Acyde salicylique....	60 centigr.
Teinture de Benjoin..	XX gouttes
Vaseline............	6 grammes

Mêlez.

Si l'on veut recourir à un topique plus desséchant et plus ferme, on usera de la pommade suivante :

Acide salicylique.......	1 gr.
Amidon	} *àâ* 15 —
Oxyde de zinc..........	}
Vaseline..............	30 —

Mêlez.

Stanislas Martin.



VARIÉTÉS

Congrès français de Chirurgie. — 1re session 1885. Paris, semaine de Pâques. — Questions à l'ordre du jour (1) :

1° Étiologie et pathogénie des infections chirurgicales. On est invité à rapporter spécialement les faits cliniques et expérimentaux qui peuvent contribuer à déterminer le rôle respectif des ferments figurés (microbes, etc.) et des poisons chimiques (ptomaïnes, etc.), dans la pathogénie des septicémies.

2° Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale.

3° Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne.

4° Cure des abcès froids.

Distinguer entre la cure des abcès froids ossifluents et la cure des abcès froids non ossifluents.

5° Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.

Chambre des députés. — M. le Dr Emile Javal, de Paris, a été élu, dimanche dernier, député du département de l'Yonne.

Nécrologie. — M. le Dr Chereau, bibliothécaire à la Faculté de Médecine, vient de mourir.

Prix annuels. — Le ministre de la guerre a décidé :

1° Que le prix annuel de médecine, institué par décision ministérielle du 5 juin 1883, est accordé à la suite du concours de 1884, au mémoire de M. Fournié, médecin major de 2e classe, à l'école d'application de l'artillerie et du génie.

2° Que le prix annuel de chirurgie, également créé par ladite décision, est accordé à la suite du même concours, au mémoire présenté par M. Audet, médecin-major de 2e classe à l'école spéciale militaire.

La Faculté de médecine de Paris vient de décerner les récompenses suivantes aux médecins, dont les noms suivent, qui ont subi leur thèse pendant le cours de l'année scolaire 1883-1887 :

Médailles d'argent : MM. A. Auvard, J.-P. Barette, G. Bellangé, A. Boissard, A. Chantemesse, P. Gibier, F. Monvenoux, A. Russon, G. Quesneville et J. Vauthier.

Médailles de bronze : MM. H de Arguez, L. Baron, P. Binet, A. Boquin, C. Cantacuzène, A. Cochez, F. Colanéri, L. Coudray, H. Crosnier de Varigny, A. Dancourt, P. Dourdin, P. Greffier, E. Levillain, F. Levillain, A. Malécot, V. Ménard, P. Michaux, E. Ozenne, E. Renouard, G. Thibierge, P. Verchère.

Fistule hépato-pulmonaire. — La *Revue critique* publiée sous ce titre dans le n° 2 (10 janvier 1885) est due à notre collaborateur M. le Dr *Vermeil*, dont la signature a été omise par oubli.

(1) Adresser les communications et cotisations à M. le Dr S. Pozzi, 0, place Vendôme.

Cotisation annuelle 20 francs. Fondateur (jusqu'au 18 février), 200 fr.



REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 *janvier* 1885. — Présidence de M. BERGERON.

De la décroissance de la population de certains départements. — M. LAGNEAU désire traiter des causes de la diminution de la population dans un certain nombre de nos départements. De 1836 à 1881, en 45 ans, 26 de nos départements ont perdu 648,027 habitants ; cette diminution peut être attribuée à deux causes : l'excédent de l'émigration sur l'immigration et l'excédent de la mortalité sur la natalité. Le département des Basses-Alpes a diminué dans la proportion de 17 %. Dans la plupart de ces 26 départements, la diminution a lieu par l'excédent de l'émigration sur l'immigration.

L'émigration est ou lointaine ou intérieure, c'est-à-dire de département à département. L'émigration a toujours lieu d'un département agricole à un département à centres urbains ou industriels. Dans l'enfance l'émigration se fait des villes vers les campagnes. où beaucoup d'enfants vont mourir ; mais après 14 ans l'émigration se fait des campagnes vers les villes, et surtout vers Paris. On a déjà signalé la rareté de la population parisienne pure, sans mélanges d'immigrés des départements, après trois ou quatre générations.

En outre, il y a une natalité illégitime énorme, toujours suivie d'une mortalité assez considérable. Les enfants légitimes ont une mortalité de 33 %, tandis que les enfants illégitimes ont une mortalité de 70 à 72 %. Cette natalité illégitime est donc très préjudiciable à l'accroissement de la population.

Une autre cause de la diminution de la population, c'est l'excédent de la mortalité sur la natalité. Les départements où s'observe ce fait sont situés en Normandie et dans le bassin de la Garonne. Cette différence ne s'explique en rien par la nature de la population. Ainsi le Calvados est peuplé par deux races : la race gallo-celtique, qui forme presque à elle seule la population de la Bretagne où elle se montre d'une très grande fécondité, et les descendants des émigrés scandinaves dont la fécondité était également remarquable. La population normande, d'autre part, ne présente pas une grande mortalité, mais la natalité est excessivement minime.

M. Lagneau a étudié la fécondité de la population d'après les classes de la Société. La population agricole présente une grande fécondité ; dans la population ouvrière elle est un peu moins grande : cette fécondité est surtout minime dans la classe aisée et dans la classe des petits employés. La natalité est en général proportionnelle à la difficulté que l'on a à créer une position à ses enfants. Les restrictions sont d'origine parfaitement volontaire.

Malthus, qui a été trop vivement combattu par des personnes qui ne connaissaient pas suffisamment ses œuvres, pense que les pro-

duits de la terre croissent en proportion arithmétique, tandis que la population croît en proportion géométrique ; il conclut donc qu'il est nécessaire de limiter l'expansion de la population ; mais cette opinion n'est pas juste à notre époque où il y a de si grandes facilités d'importation.

Dans les régions où la natalité est restreinte, il y a une moindre mortalité, les conditions sont meilleures. L'accroissement de la population française tient en partie à l'abondance de l'émigration étrangère. Mais notre natalité est restreinte parce que nous ne voulons pas mettre nos enfants dans les conditions où sont les étrangers. On sait qu'à Paris les professions les plus pénibles sont exercées par des étrangers.

Au point de vue de la guerre, il est facile de voir cet accroissement si minime de notre population. Dans cinquante ou cent ans, nous pourrons nous trouver vis-à-vis des autres puissances dans une grande infériorité au point de vue du nombre des combattants.

Rapport sur le concours du prix Godard. — M. Polaillon lit ce rapport au nom d'une commission dont il faisait partie avec MM. Perrin et Léon Le Fort.

De l'origine de l'épidémie cholérique. — M. Proust a tiré des rapports envoyés à leurs préfets par les médecins des épidémies, une série de faits intéressants relativement à l'origine de l'épidémie cholérique.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre associé national. Au premier tour de scrutin, sur 71 votants, majorité 36, M. Tourdes (de Nancy) est élu par 59 voix contre 11 données à M. Durand-Fardel (de Vichy) et 1 à M. Desgranges (de Lyon).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 *janvier* 1885. — Présidence de M. M. Sée.

Réunion immédiae dans les plaies d'amputation du sein ; rapport. — M. Lucas-Championnière fait un rapport sur ce travail, envoyé par M. Mouchet (de Sens).

L'auteur constate le désaccord qui existe sur ce point entre les chirurgiens. Les listériens admettent la réunion immédiate dans tous les cas. D'autres sont éclectiques, la font dans certaines circonstances, la proscrivent dans d'autres.

L'auteur donne une statistique de 12 cas et il cite 5 observations.

Il montre les conditions de cette réunion, et le rapporteur insiste sur quelques points. Il pense qu'on peut se passer du pulvérisateur; il insiste sur la multiplicité des points de suture et du drainage, surtout fait avec les tubes en caoutchouc durci, tel qu'il les a fait construire, et qu'on doit supprimer le plus tôt possible. Les éponges our comprimer sont excellentes. Le premier pansement doit être nlevé le deuxième jour.

Les résultats sont les suivants : la réunion profonde existe presue toujours ; la réunion superficielle manque quand la plaie est ritée, mais ceci est un point peu important.

Au point de vue de la récidive, il faut faire des réserves, mais la

guérison paraît plus longtemps assurée avec la réunion par première intention.

L'asepsie doit être plus complète ici que partout ailleurs parce que l'antisepsie est plus difficile à obtenir.

M. Verneuil. C'est une grave question que celle qui est agitée. Je plaide et je combats contre la réunion par première intention ; d'accord avec beaucoup de chirurgiens, je la réserve aux sujets maigres, bien portants et pour de petites tumeurs.

La réunion immédiate parfaite est plus difficile ici qu'ailleurs, M. Lucas-Championnière l'avoue.

La réunion immédiate est d'une pratique très difficile, disait M. Trélat à l'Académie de médecine, et il disait qu'il commençait seulement à la bien faire. Si donc les chirurgiens ne commencent à la bien faire qu'à l'âge de 50 ans, comment feront les jeunes ? Il y a des cas où la réunion est impossible, et ces cas ne sont pas rares, parce qu'on enlève tout le sein, et dans tous ces cas je ne sais comment on peut trouver de la peau pour réunir.

Quand on fait des amputations parcimonieuses du sein pour avoir de la peau, on s'expose à la récidive. M. Championnière dit que la réunion évite la récidive, je n'en sais rien. Pour mon compte, j'affirme que si nos malades meurent du cancer, elles meurent de cancer interne qu'elles ignorent.

J'ai, cette année, pratiqué 21 amputations du sein à la Pitié ; 10 ont été opérées en province et 2 que j'ai retrouvées, plus 1 autre à qui j'ai pratiqué deux fois l'opération : ce qui fait un total de 35 opérations.

Une malade est morte au bout de deux mois. Je n'ai pas eu de cas d'érysipèle, jamais de fièvre. J'ai fait toujours le pansement antiseptique ouvert.

Pour une ablation d'une tumeur adénoïde, j'ai fait la réunion et le drainage ; j'ai eu un érysipèle grave qui a mis la vie de la malade en danger. Avec le pansement ouvert la cure est beaucoup plu longue : cela est évident. La moyenne est de deux mois ; mais à partir du douzième ou quinzième jour, les malades peuvent se lever et même partir pour la province.

Mes collègues, absolument partisans de la réunion, n'ont-ils pas rencontré des femmes très grasses chez lesquelles on a vu des suppurations profuses et des fusées purulentes, quand on tente la réunion immédiate ? La simplicité du pansement antiseptique n'est pas à dédaigner.

La réunion immédiate, quand elle réussit, guérit plus vite, mais la guérison est pleine de perplexité. Le pansement ouvert donne une guérison plus longue, mais pleine de sécurité.

Je reconnais que je vais un peu loin dans ma pratique ; je reconnais que j'exagère un peu, mais quand on plaide une cause, il faut un peu exagérer pour mieux faire entrer ses idées dans l'esprit des autres.

M. Després. Au moment de la discussion sur le pansement de Lister, j'ai soutenu la même proposition que soutient aujourd'hui M. Verneuil.

Les réunions par première intention sont excessivement rares, c'est un trompe-l'œil, comme disait Velpeau.

J'ai fait 12 amputations du sein. Deux malades avaient déjà été opérées par d'autres chirurgiens : la récidive avait été rapide ; elles avaient été traitées par la réunion par première intention qui, d'ailleurs, n'avait pas complètement réussi, puisque les malades avaient été soignées pendant près de cinq semaines.

Les chirurgiens qui les avaient pratiquées avaient été trop économes de peau, c'est pourquoi la récidive avait été si rapide.

Quant à l'influence de la réunion par première intention sur la récidive, elle est très contestée.

Vous connaissez mon opinion sur le pansement de Lister, toutes mes malades ont été traitées par les pansements ordinaires : aucune n'a eu d'érysipèle.

M Trélat. Il n'y a pas grand désaccord entre M. Verneuil et moi. M. Verneuil emploie le pansement ouvert, parce qu'il en a l'habitude.

Les opinions de Velpeau et de Nélaton, que cite M. Desprès, ne sont plus admissibles ; ils ne savaient pas faire la réunion des plaies, ils tiraillaient et employaient de mauvais agents de contention.

Il faut laisser de côté cette époque passée, c'est de l'archaïsme. La réunion immédiate est difficile, parce qu'il faut un ensemble de conditions sur lesquelles je n'insiste pas.

Je suis d'avis qu'il y a des cas où la réunion est impossible; je ne parle pas de ces cas-là, ils sont hors de cause ; il m'arrive souvent de réunir la partie facile à réunir, et de laisser le reste ouvert.

Les partisans de la réunion ne font pas des économies de peau pour faciliter cette réunion, comme le prétend M. Després. Tout acte chirurgical comprend plusieurs temps : d'abord le diagnostic, le pronostic, l'indication opératoire, et enfin l'opération. La question de la réunion ne se pose qu'après qu'on a enlevé totalement la tumeur.

Toutes les fois que j'ai enlevé une tumeur très bénigne, comme des kystes du sein, j'ai toujours fait la réunion totale. Nous ne sacrifions pas le succès définitif de la guérison aux succès éphémères de la réunion par première intention. Nous avons de longues survies et des récidives à longue échéance, tout comme M. Després et M. Verneuil.

Se baser, comme M. Desprès le fait, sur la rapidité de la récidive pour combattre la réunion par première intention et dire que l'on n'enlève pas assez de peau pour obtenir la réunion immédiate, est une erreur.

Que reste-t il de tout cela ? La réunion par première intention exige une délicatesse très grande de pratique, amène une guérison rapide, mais en prenant de grandes précautions.

M. Polaillon. J'ai demandé la parole pour demander à M. Després, qui a fait allusion à un cas soi-disant tiré de ma pratique, quelle est la malade que j'ai perdue d'infection purulente. Je n'ai pas perdu de malade amputée du sein ; je demanderai à M. Després de m'apporter la preuve. Je cherche à faire la réunion par première intention, autant que je le peux, et je ne crains pas de tirailler un peu les bords de la plaie pour les amener au contact.

assez douloureuses. J'ai pu faire ces diverses opérations sans que les malades aient rien senti, absolument rien. Il y avait eu cinq gouttes de cocaïne instillées 10 minutes avant l'opération. L'effet anesthésique dure peu, mais on peut l'entretenir tant qu'on veut en instillant à nouveau le médicament. De même pour le strabisme où l'incision du tendon est généralement pénible ; rien n'a été senti.

Le chlorhydrate de cocaïne se prépare facilement et se conserve bien ; son application n'est pas douloureuse. Je le considère donc comme un médicament précieux. En outre, il est important de dire que son emploi n'amène aucun changement dans l'œil, ce que l'on n'a pas avec les autres médicaments usités dans la thérapeutique oculaire. Tout en amenant une forte mydriase, la cocaïne amène l'anesthésie ; et cette mydriase, tout en se produisant, ne touche pas aux muscles de l'accommodation.

M. Blache demande si dans les cas où il y a de la douleur seulement, la cocaïne fait tomber la douleur.

M. Hermet ajoute que la cocaïne n'est pas désagréable au goût, et il pense que peut-être on pourrait en essayer l'emploi pour l'anesthésie de la langue, du pharynx et du larynx.

M. Nicaise. Je me suis servi d'une solution à 2 pour 100 seulement, et à cette dose même j'ai constaté les bons effets signalés par M. Fieuzal. Chez un malade ayant une conjonctivite double, il y a eu anesthésie de la cornée malgré l'inflammation. J'aurai l'occasion de tenter son emploi pour anesthésier le larynx et le pharynx. D'ailleurs, à Vienne, on s'en est servi dans ces cas. Un médecin de Pesth a fait des injections sous-conjonctivales de chlorhydrate de cocaïne pour énucléer l'œil. Je pense qu'on s'en pourrait servir dans les cas de photophobie.

M. Fieuzal. Je l'ai employé avec grand succès dans un cas de photophobie double. Dans les kératites, les ulcères de la cornée avec photophobie, la cocaïne a semblé enlever cette inflammation.

Il paraît probable que l'anesthésie porte sur la terminaison des nerfs dans la cornée.

M. Le Pileur. Si cet effet d'anesthésie n'est que de courte durée, comment expliquer son efficacité dans la photophobie.

M. Fieuzal. On peut renouveler l'instillation de la solution. La solution dont je me sers est à 5 pour 100 gr.

M. Nicaise. La cocaïne est un toxique peu violent ; ce n'est qu'à la dose de 5 gr. que cet effet toxique se produirait.

M. Nicolas ajoute que M. Vulpian nie cette action toxique après quelques expériences faites sur des grenouilles.

M. Blache fait hommage à la bibliothèque de la Société d'un opuscule dans lequel il a réuni les divers articles publiés par son père sur la pathologie infantile. Ce livre est précédé d'une préface écrite par Archambault.

M. Guillon. Je soigne une femme pour une *métrorrhagie abondante* pour laquelle je lui ai donné des pilules avec ergotine, digitale et sulfate de quinine. Ces jours passés, cette femme, en se levant, a été prise d'étourdissements, de mal de tête, de bourdonnements d'oreille très intenses. On pouvait imputer ces phénomènes à l'anémie, car cette femme a perdu beaucoup de sang; un médecin allemand, pour éviter ces symptômes, avait conseillé l'association de l'ergotine avec le sulfate de quinine, se basant sur l'action physiologique des médicaments. A quoi doit-on attribuer ces bourdonnements d'oreille ?

M. Hermet fait remarquer que les bourdonnements produits par la quinine proviennent d'une congestion du tympan, tandis que ceux provenant de l'anémie sont dus à la propagation par la carotide.

La séance est levée 9 h. 30.

Le Secrétaire annuel,
Dr Chipier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU IXe ARRONDISSEMENT.

Séance du 8 *janvier* 1885.

Présidence de M. de Beauvais.

Lecture du procès-verbal de la séance précédente par M. Rey, secrétaire annuel, adoption du procès-verbal.

M. Hervé de Lavaur, président sortant, après avoir remercié la Société, cède le fauteuil de la présidence à M. de Beauvais.

M. de Beauvais prie la Société de vouloir bien accepter ses remerciements pour l'honneur qu'elle lui a fait en lui décernant la présidence pour l'année 1885. Exerçant depuis 32 ans dans le quartier, il a été en rapport avec la plupart des médecins du IXe arrondissement et sera heureux de pouvoir resser-

rer ces liens d'amitié en exerçant les nouvelles fonctions dont il vient d'être investi.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Baratoux posant sa candidature au titre de membre titulaire. Une commission composée de MM. Rougon, Chipier et Marchal rapporteur, est nommée à ce sujet.

M. E. Piogey lit un rapport sur la candidature de M. Ozenne et présenté par MM. Blum et Delefosse. Les conclusions favorables sont acceptées et le vote aura lieu à la fin de la séance.

M. Dehenne lit un travail **sur l'avancement musculaire** (1).

M. le secrétaire général fait part de la mort d'un des membres de la Société, M. le Dr Mignon, décédé subitement le 30 décembre 1884. Il lit ensuite le compte rendu annuel.

Messieurs,

La Société médicale du IXe arrondissement vient d'entrer dans sa cinquantième année. Dans le banquet dont vous fixerez tout à l'heure la date, nous célébrerons ses noces d'or ; malgré son âge vous pouvez constater qu'elle n'a rien perdu ni de sa vigueur, ni de sa prospérité, et, qu'au contraire, elle augmente en forces tous les ans : il sera facile d'en avoir la preuve en parcourant la série des travaux présentés par les membres titulaires.

Cette année, comme les précédentes, les séances ont été consacrées à l'étude des nouveaux médicaments et des procédés thérapeutiques inventés ou préconisés par des confrères de France et de l'étranger. En outre, chacun de vous a bien voulu apporter le tribut de sa pratique personnelle et faire part des cas intéressants qui se sont produits dans sa clientèle.

M. le Dr Dehenne vous a entretenu des avantages anesthésiques que présente le chlorhydrate de cocaïne dans la chirurgie oculaire : à l'exemple des autres oculistes, il a de suite mis à profit les découvertes de M. Koeller de Vienne. M. Hervé de Lavaur a essayé, dans sa famille, puis dans sa clientèle le traitement de notre confrère Delthil contre la diphthérie par les émanations de vapeur d'essence de térébenthine et de goudron. M. le Dr Brémond fils a lu un travail très intéressant sur les vapeurs chargées d'essence de térébenthine et sur leur action contre le choléra. M. le Dr Duhomme, qui s'occupe avec tant de succès de la question du diabète, a rapporté des observations très intéressantes concernant cet état morbide. Notre secrétaire annuel, M. Rey, auquel je suis heureux d'adresser de sincères remerciements pour la rédaction des procès-verbaux, a communiqué quelques cas relatifs à la gynécologie et à l'obstétrique, branches de l'art médical dont il fait une étude spéciale. Notre dévoué trésorier, M. Piogey, a bien voulu faire profiter la Société des particularités que lui a présentées cette années sa nombreuse clientèle. Enfin, M. Piogey Emile a droit à

(1) Voir n° 3 du 17 janvier 1885.

toute notre reconnaissance pour ses nombreux rapports de candidature.

Une innovation va avoir lieu : Vous recevrez, dans le courant du mois, réunis en une brochure, les comptes rendus des séances de l'année et vous aurez ainsi l'ensemble de tous les travaux qui ont été présentés à la Société et des discussions auxquelles ils ont donné lieu.

Si la Société s'est occupée de questions scientifiques qui intéressent la médecine, elle n'a pas laissé de côté la déontologie professionnelle, répondant ainsi au double but pour lequel elle a été créée.

J'ai eu l'honneur de vous entretenir de la fondation d'une caisse de pensions de retraite du corps médical français. Cette caisse fonctionne depuis le 19 octobre dernier et a été autorisée par arrêté ministériel du 22 décembre. Les statuts en ont été imprimés et vous en recevrez un exemplaire en même temps que la brochure indiquée plus haut. L'avoir de cette caisse était, au 31 décembre 1884, de 22 mille francs. Je n'ajouterai qu'un mot sur ce sujet : ce mot sera une petite réclame pour cette caisse. Lisez attentivement ces statuts, consultez toutes les personnes que vous jugez compétentes en la matière et s'il résulte de votre examen qu'il y a un bénéfice pour vous à devenir adhérent, le comité directeur sera très heureux de vous admettre comme assuré : personnellement, je me tiens à la disposition de ceux qui désireraient avoir de plus amples renseignements.

D'ailleurs si, en fondant cette caisse, les médecins français ont pris exemple sur leurs collègues belges, ils ont comme imitateurs les médecins anglais. Nos confrères d'outre-Manche ont aussi constitué une société médicale d'assurances. Cette société, datant de 1884, a pour but de permettre aux médecins anglais de recevoir : 1° une indemnité en cas de maladie ; 2° une rente viagère à 65 ans ; 3° verser une somme à leurs ayants droit en cas de décès. Il m'est impossible d'entrer ici dans les détails du fonctionnement de cette association ; il me suffira, en ce qui concerne l'indemnité en cas de maladie, d'annoncer que, moyennant des primes trimestrielles, variant avec l'âge, qui, à trente ans par exemple, sont en chiffres ronds 25, 34, 45 fr., on s'assure, en cas de maladie une indemnité par semaine de 50, 90, 105 fr. Cette indemnité est payée pendant les 6 premiers mois de la maladie et la moitié pendant tout le reste de la même maladie : il y a déjà plus de 600 médecins anglais adhérents à cette caisse et un capital versé de 150,000 fr. Je vous demande pardon de m'être un peu étendu sur ce sujet ; mais je tenais à vous montrer que cette question d'assurance dans le corps médical est en voie de formation et d'exécution aussi bien en France qu'à l'étranger.

Messieurs, cette année, la mort a été moins cruelle pour la Société : cependant elle nous a enlevé deux membres qui nous étaient bien sympathiques, le Dr Danjoy, membre honoraire, médecin très distingué des eaux de la Bourboule, et son collègue de la même station d'eaux minérales le Dr Château, mem-

bre titulaire. Votre secrétaire général a assisté aux obsèques de M. le Dr Château, ayant reçu une lettre de faire-part, et avait l'intention de prononcer quelques paroles d'adieu sur la tombe de notre regretté collègue ; mais M. le Dr Michel, ami de la famille, a bien voulu remplir ce pieux devoir.

Les vides laissés par ces deux confrères ont été remplis par l'admission de MM. Paulin, Marchal, Terrillon : nous souhaitons la bienvenue à nos nouveaux collègues. MM. Hérard et de Villiers, quittant l'arrondissement, ont changé leurs titres de membre titulaire en celui de membres honoraires.

Permettez-moi de formuler ici une demande : notre Société n'est nullement une Société fermée, son nombre de membres n'est pas limité ; veuillez donc faire de la propagande de manière à ce que les médecins honorables du quartier viennent s'inscrire sur notre livre. Nous pouvons le demander d'autant plus hautement que la Société se compose d'un nombre de membres plus que suffisant pour assurer sa vitalité. Nous pourrions être le double de participants, d'après la statistique médicale du IXe arrondissement. Que chacun de vous veuille bien, je le répète, s'en occuper, telle est la demande que j'avais à formuler. Vous voyez, Messieurs, par ce court aperçu, que notre Société, comme je le disais tout à l'heure, est en pleine activité : il faut lui rendre cette justice, qu'elle n'épargne rien pour engager les membres à lui donner ce qui est nécessaire à sa bonne constitution, c'est-à-dire des communications et des observations intéressantes. Tous nos procès-verbaux sont reproduits par le *Journal de médecine de Paris*, si bien rédigé par notre confrère le Dr Lutaud et à la fin de l'année une brochure renfermant les travaux présentés permettra de conserver ces derniers dans votre bibliothèque et d'y avoir recours au besoin. A vous, Messieurs, de répondre à ces avances par votre assiduité à nos réunions. Qu'il me soit permis, en terminant, d'offrir tous nos remerciements à notre président sortant, M. Hervé de Lavaur, pour l'affabilité avec laquelle il a dirigé les séances et tous nos compliments de bienvenue à notre nouveau président, M. de Beauvais, que le choix de ses confrères a appelé cette année à deux présidences, celle de la Société de médecine de Paris et celle de la Société du IXe arrondissement.

Monsieur le président remercie le secrétaire général de son rapport annuel.

Il est décidé que le bureau fera la visite annuelle à M. le maire de l'arrondissement le mercredi 14 janvier, à 4 heures 1/2.

M. Ozenne est nommé membre titulaire.

La date du banquet et tout ce qui concerne ce dernier a été confié aux soins de MM. Boucomont et Delefosse, commissaires.

Le Secrétaire général,
Dr Delefosse.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André ; Maison spéciale pour journaux et Revues.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

137. — Une dame veuve sans famille, ayant été directrice d'une maison de santé et pourvue des meilleures recommandations, sollicite en ce moment un emploi de ce genre ou pour tenir la maison particulière d'un docteur.

Ecrire à Madame Lainé, 9, rue Aubriot.

136. — Bon poste médical à prendre dans le département de Maine-et-Loire ; le médecin qui y viendrait aurait gratis une maison avec jardin et prairie y attenant et une indemnité les deux premières années. — S'adresser pour tous renseignements à M. le Dr Deschamps, à St-Patrice (Indre-et-Loire).

135. — Bon poste médical à prendre, à une heure et demie de Paris (Seine-et-Marne). On vendrait à un jeune médecin. — S'adresser au bureau du journal.

134. — Un Docteur ayant 20 ans de pratique, pouvant disposer d'un certain capital, désirerait la direction d'un établissement thermal ou hydrothérapique situé dans le midi ou dans la région pyrénéenne. — S'adresser au bureau du journal.

133. — A céder bonne clientèle d'un produit de 10.000 francs et susceptible d'augmentation dans un chef-lieu de canton sur la ligne de l'Ouest (Maine-et-Loire). Conditions très avantageuses. — S'adresser au bureau du journal.

132. — Bonne clientèle médicale à vendre dans un chef-lieu de canton de l'Yonne. Communes rapprochées, routes faciles, chemin de fer, pas de pharmacien. — Toutes facilités pour le paiement. Le titulaire désire vendre par raison de santé. — S'adresser au bureau du journal.

131. — Un confrère désirerait reprendre à Paris dans un quartier du centre, une clientèle d'un produit de 25 à 30.000 francs. — S'adresser au bureau du journal.

130. — Bon poste médical à prendre *de suite*, par suite de décès du titulaire dans un chef lieu de canton de l'Eure. Situation exceptionnelle produisant 10.000 fr. et susceptible d'augmentation. — S'adresser au bureau du journal.

5e Année. — T. VIII. N° 5 31 Janvier 1885.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE : COMMUNICATION DE M. PROUST SUR LE CHOLÉRA ; DISCOURS DE M. ROCHARD SUR LA DÉPOPULATION EN FRANCE.

M. Proust continue à étudier, à l'aide de documents qu'il paraît difficile de récuser, les particularités présentées en province par la dernière épidémie de choléra au point de vue de son importation, de sa propagation et de sa gravité relative. C'est à propos de cette communication, et en raison de leurs vues inconciliables sur la question, que MM. Proust et Jules

FEUILLETON

UN CHIEN PEUT IL AVOIR AVEC UN HOMME

DES RAPPORTS DE L'ORDRE DE CEUX QUI CONSTITUENT DANS L'ESPÈCE HUMAINE L'ACTE DE PÉDÉRASTIE

Par MM. H. Bouley et P. Brouardel.

Cette question nous a été posée dans les conditions suivantes. Un homme, âgé de trente-neuf ans, était accusé d'avoir été sailli en plein champ par un chien de chasse qu'un de ses amis lui avait prêté pendant quelques heures.

Condamné en première instance, l'accusé nous avait demandé : 1° de constater que lui-même avait été atteint d'une paraplégie incomplètement guérie, ce qui était vrai ; 2° de dire si un accouplement entre un homme et un chien était possible, le chien étant actif, l'homme passif.

La question n'était pas absolument neuve ; Amb. Tardieu rapporte une expertise fort curieuse due à M. Jouet, vétérinaire à Rambouillet (1). Nous avons pensé que l'occasion de ces expertises était assez rare pour être étudiée.

Ce fait a été discuté devant la Société de médecine légale à la suite d'un rapport de MM. Delastre et Linas qui ne le considéraient

(1) Tardieu, *Des attentats aux mœurs*, 6e édit., p. 15.

Guérin ont échangé quelques explications qui n'auraient pas tardé à devenir assez vives si le président n'y avait coupé court avec autant d'à-propos que d'autorité. Avec les deux adversaires, dont nous parlons, les rôles sont complètement renversés : c'est du côté de la vieillesse qu'est la fougue ; de l'autre côté, un calme imperturbable.

M. J. Guérin a peut-être été un peu loin en affirmant que jusqu'à présent on n'avait fait à l'Académie qu'une histoire apocryphe de l'épidémie actuelle, et que l'histoire vraie, c'est lui qui la ferait. Voilà des paroles qui ont dû tinter désagréablement aux oreilles des collègues que la docte assemblée avait entendus sur ce sujet pendant ces deux derniers mois, et non sans quelque faveur. Cela nous fait présager quelques-unes de ces séances où l'animation ne manque pas, et le public non plus.

Le reste de la séance a été occupé par un discours très écouté de M. Rochard sur la dépopulation en France, à propos de la récente communication faite par M. Lagneau.



pas comme impossible, malgré l'opinion de M. Reynal (1). Nosu sommes arrivés aux mêmes conclusions que M. Jouet ; mais, malgré nos avis, la condamnation a été maintenue en appel.

Voici le texte de nos rapports :

RAPPORT DE M. BROUARDEL. — Je soussigné, Paul Brouardel, ai été prié, le 15 octobre 1883, par M. B., de donner mon avis sur sa santé et les désordres ou déformations que l'on pourrait constater sur son corps.

M. B. nous a déclaré : 1° être accusé de s'être livré en public dans un champ avec un chien à des actes de sodomie ; d'après l'accusation le chien aurait eu le rôle actif ; 2° avoir eu autrefois une paralysie des membres inférieurs incomplètement guérie. Cette faiblesse des membres inférieurs l'obligerait, lorsqu'il s'accroupit pour accomplir, par exemple, l'acte de la défécation, à prendre, avec le bras étendu, un point d'appui sur la terre et lorsqu'il se relève à commencer par élever le siège avant d'avoir détaché la main du sol.

M. B. est âgé de trente-neuf ans. Il est très grand, pourvu d'embonpoint, et en apparence assez vigoureux. M. B. aurait eu une bonne santé jusqu'en 1874. Vers cette époque, il aurait eu une paralysie d'abord incomplète, puis complète des membres inférieurs.

(1) Reynal, *Bullet.*, t. III, p. 165.

REVUE PROFESSIONNELLE

LES REBOUTEURS. — EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — CONDAMNATION.

Une rebouteuse exerçait depuis longtemps déjà son illicite métier dans la bonne ville de Châtellerault lorsque le fait suivant l'amena devant la police correctionnelle: Un garçon boucher, monté sur le cheval de son patron, s'en allait grand train lorsqu'à l'angle d'une rue tout s'abattit sur le sol, monture et cavalier. Le cavalier put se relever seul et parcourir à pied plusieurs mètres ; mais, étourdi par la chute, il fut obligé de s'asseoir sur un perron et de là fut bientôt conduit chez la rebouteuse en renom. Celle-ci lui trouva nécessairement force cassures des deux os de la jambe, démanchure des orteils, nerfs foulés, nerf démis, etc. Après les passes, les tractions et les attouchements d'usage, la rebouteuse mit autour du pied et de la jambe une bande tellement serrée que, dès le 5e jour, le blessé souffrant toujours horriblement envoya chercher celle qui avait si bien opéré. La coloration noire et bleuâtre des

---

Cette paraplégie l'aurait obligé à garder le lit pendant trois mois en 1875. Il aurait eu vers cette époque des pertes de connaissance qui se seraient reproduites sept ou huit fois en deux mois.

Ces allégations de M. B. sont exactes. Elles m'ont été confirmées par le témoignage de M. le Dr A. Fauvel, qui, en 1875, et pendant les années suivantes, a donné des soins à M. B. pour une paraplégie, et qui l'a obligé en 1875, 78 et 79 à aller passer des hivers à Arcachon.

D'ailleurs, M. B. porte sur le dos les preuves irrécusables du traitement qui lui a été ordonné. On trouve seize cicatrices blanches anciennes, larges de 2 à 3 centimètres, faites par l'application de cautères (pâte de Vienne). De plus on trouve deux ou trois cents cicatrices ponctuées laissées par des applications de pointes de feu.

Il est donc établi que, il y a quelques années M. B., a eu une paraplégie grave. Cette maladie est-elle complètement guérie ? Bien que M. B. puisse marcher, il est facile de constater que la démarche est lourde, pesante, la sensibilité cutanée à la douleur paraît diminuée. Mais s'il est permis de suspecter la valeur de ces signes, dont le malade peut à volonté exagérer l'importance, il n'en est pas de même d'un autre signe dont M. B. ne saurait soupçonner l'existence. En percutant le tendon rotulien on constate facilement que le réflexe tendineux est très affaibli, presque aboli, surtout à gauche. Ce signe, dont la valeur est grande pour nous, car il ne

orteils et les vives douleurs éprouvées par le patient annonçaient déjà un commencement de gangrène.

Loin d'enlever la bande comme le simple bon sens l'indiquait, la rebouteuse la maintint disant que les choses se passaient toujours ainsi. Enfin, un médecin est appelé, constate une gangrène des orteils et de la moitié interne du pied et conseille le transport du blessé à l'hôpital, où il est confié aux soins du Dr Mascarel. Ce ne fut qu'après huit mois de soins, de pansements et d'accidents de toute sorte que les parties mortes purent être séparées des parties vivantes, et aujourd'hui le malheureux jeune homme, qui n'a que 19 ans, est infirme pour toujours et marche avec la plus grande difficulté.

Traduite en police correctionnelle pour ce fait et pour beaucoup d'autres analogues, sur le rapport des médecins, et spécialement celui du Dr Mascarel, la dite rhabilleuse s'est vue condamner : 1° à 60 francs d'amende ; 2° à 15 jours de prison ; 3° à tous les frais du procès dont la somme dépasse 600 francs; 4° et enfin à 2,300 francs (arrangement amiable) de dommages et intérêts envers le malheureux garçon boucher.

---

peut être modifié par la volonté du malade, prouve que la paraplégie n'est pas complètement guérie. Elle doit faire admettre comme vraisemblablement exacte l'affirmation de M. B. lorsqu'il déclare que pour quitter la position accroupie, il est obligé d'abord de relever le siège en s'appuyant sur les membres supérieurs.

L'examen des organes génitaux et de la région anale nous a montré que cette dernière est absolument normale. L'anus n'est pas enfoncé, il n'y a pas d'infundibulum, les plis radiés sont bien conservés, il n'y a autour de l'anus ni hémorrhoïdes, ni marisques, ni raghades, ni rougeur anormale. Les fibres du sphincter de l'anus ont leur puissance de contractilité normale.

La verge est petite, le gland, à demi recouvert par le prépuce, n'est pas déformé. Le testicule gauche est retenu dans l'anneau (affection congénitale).

En résumé, M. B. a eu une paraplégie grave. Cette maladie a laissé un affaiblissement des membres inférieurs qui l'oblige à ne pas se fier complètement à la puissance des muscles des membres inférieurs lorsqu'il veut se relever étant accroupi, mais à opérer ce relèvement en deux temps, d'abord redressement incomplet des membres inférieurs en ayant un appui sur le sol avec les mains, puis relèvement complet en abandonnant l'appui antérieur.

M. B. ne porte, ni dans la région anale, ni sur les organes génitaux, aucune déformation ancienne ou lésion récente qui per-

Notre excellent confrère le Dr Mascarel, qui nous transmet cette note nous annonce en même temps que la rebouteuse a été graciée de sa prison par le Président de la République et continue plus que jamais l'exercice illégal.

Le fait ne saurait nous surprendre ; mais nous conseillons à nos confrères de la région d'intervenir par l'organe de l'association départementale auprès du Parquet, qui se bornera, du reste, à appliquer la loi qui est, comme on le sait, des plus douces lorsqu'il n'y a pas eu des accidents dans le genre de celui qui a été rapporté plus haut.

REVUE CLINIQUE

DE LA CHOLÉCYSTOTOMIE CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE DE SES INDICATIONS,

Par le docteur Cyr, médecin inspecteur adjoint à Vichy.

Bien que la cholécystotomie soit de date toute récente comme opération régulière, il est fort probable que ce mode d'intervention a dû venir maintes fois à l'idée des praticiens en présence de certains cas de lithiase. Sans chercher à faire un his-

---

mettent de soupçonner l'existence d'habitudes de pédérastie passive ou active.

Rapport de M. Bouley. — Question de médecine légale : *Un chien peut-il avoir avec un homme des rapports de l'ordre de ceux qui constitue dans l'espèce humaine l'acte de pédérastie ?*

Cette question m'a été soumise par le conseil de M. B. Voici la *note à consulter* que j'ai rédigée pour qu'il en fasse tel usage qu'il croira utile aux intérêts de son client.

Je n'hésite pas à déclarer que des rapports de l'ordre de ceux qui sont spécifiés dans la teneur de la question posée ne me paraissent pas possibles. Pour motiver cette opinion, il est nécessaire de bien établir les conditions qui doiven être réunies pour que l'accouplement naturel puisse s'effectuer entre le chien et sa femelle.

La première est que la chienne soit en chaleur et que, grâce à son état d'excitation génésique, elle éprouve les désirs du rapprochement avec le mâle. Quand elle est dans cet état, ses organes génitaux deviennent le siège d'un certain éréthisme ; la muqueuse vaginale sécrète un liquide qui la lubrifie, ainsi que les lèvres de la vulve qui s'entr'ouvre. Tout est ainsi disposé chez la femelle pour favoriser l'acte de l'accouplement.

Le chien qui rencontre une chienne dans ces conditions se

torique de la question, on peut rappeler que déjà, vers le milieu du siècle dernier, un peu avant que J.-L. Petit ne communiquât à l'Académie royale de chirurgie son célèbre mémoire intitulé : *Remarques sur les tumeurs formées par la bile retenue dans la vésicule du fiel*, Godefroy Muller avait incisé une fistule biliaire, et, pénétrant par cette voie jusqu'à la vésicule y avait brisé un calcul qu'il avait ensuite retiré par morceaux. Ce n'était pas encore la véritable cholécystotomie, mais c'était déjà assez hardi pour l'époque. Le mémoire de J.-L. Petit, tout en mettant en garde les chirurgiens contre la tendance à être trop entreprenant et leur traçant en conséquence des règles très prudentes, était bien de nature à introduire définitivement et plus délibérément l'intervention chirurgicale dans le traitement des complications de la lithiase biliaire ; mais, malgré cela, et aussi malgré les résultats très favorables des vivisections (extirpation de la vésicule biliaire chez des chiens et des chats, par Herlein et L'Anglas), on n'alla pas plus avant dans cette voie, et ce n'est que dans ces derniers temps qu'on a essayé de faire jouer à la chirurgie un rôle plus important dans le traitement des accidents de la lithiase biliaire.

---

trouve naturellement excité à se rapprocher d'elle ; les effluves qui s'en dégagent allument ses désirs qui se traduisent par le phénomène de l'*érection*.

Il existe chez le chien des particularités d'organisation qu'il importe de signaler ici, parce qu'elles donnent l'explication d'un phénomène caractéristique de la copulation dans cette espèce : je veux parler du temps, relativement très long, pendant lequel cet acte se prolonge.

Le pénis du chien a pour base un os spécial, l'os pénien, qui sert de support, en arrière, à un renflement érectile, susceptible d'acquérir un volume considérable, lorsque l'introduction du membre dans le canal vaginal est effectuée ; c'est grâce à ce gonflement du corps érectile de la base de l'os pénien qu'une condition mécanique se trouve réalisée, pour que l'accouplemnte reste pour ainsi dire *tenace* pendant un certain temps, car le pénis une fois entré ne peut plus sortir immédiatement, les dimensions acquises par son tissu érectile excédant celles de la vulve elle-même. Cette disposition physiologique, qui appartient à l'espèce canine et à quelques autres, est corrélative à cette autre particularité de ces espèces : l'absence de réservoirs séminaux.

Le chien n'ayant pas de liqueur séminale en réserve, c'est pendant la copulation même que le sperme est sécrété et versé au fur

Ce qui rend aujourd'hui moins timoré au point de vue de l'intervention chirurgicale dans la cholélithiase, c'est d'abord que l'on est un peu — et même beaucoup — revenu de la gravité extrême attribuée au traumatisme péritonéal, et ensuite que la pratique de l'antisepsie a très heureusement modifié les conditions opératoires et rendu ainsi les résultats des opérations moins incertains.

Dans ces deux ou trois dernières années, les publications périodiques étrangères nous ont apporté le récit d'un certain nombre de cas de cholécystotomie dans des circonstances et avec des résultats différents. En France, jusqu'à présent du moins, on n'a pratiqué cette opération que dans des cas tout à fait exceptionnels, des cas d'urgence, et encore a-t-on fait plutôt en pareil cas une ouverture d'abcès biliaire, avec incision parfois, mais le plus souvent sans incision de la vésicule biliaire. Ce n'est donc là qu'une de ces interventions chirurgicales commandées en quelque sorte absolument par les circonstances.

A l'étranger, c'est autre chose : sans négliger cette indication, tout en lui donnant même la place la plus importante dans

---

et à mesure de sa formation, dans le canal de la femelle. Ainsi s'explique la longue durée de la copulation.

Cela dit, il faut maintenant considérer comment s'accomplit l'accouplement du chien avec sa femelle. Au point de vue de la question qu'il s'agit d'éclaircir ici, ces détails physiologiques ont une grande importance. Le chien se dresse sur ses deux membres postérieurs, embrasse le corps de la chienne avec ses deux membres antérieurs, appliqués sur les flancs, en avant des hanches, et l'étreint fortement. Ce point d'appui lui est absolument nécessaire pour qu'il puisse mettre son pénis en rapport avec l'orifice vulvaire et l'y introduire par une forte impulsion des lombes. Quand la chienne est dans l'état d'excitation génésique qui vient d'être indiqué, elle se prête aux tentatives du mâle ; et une fois engagée la tête effilée du pénis, la sensation voluptueuse que le chien éprouve le détermine à donner à son corps une vigoureuse impulsion grâce à laquelle le renflement érectile de la base de l'organe franchit l'orifice vulvaire et pénètre dans le vagin, où, par suite de son éréthisme accru, il acquiert des dimensions telles que la sortie du pénis n'est plus immédiatement possible.

Mais pour que les choses se passent de cette façon il faut l'ensemble des conditions qui viennent d'être relatées : l'état de la chaleur de la femelle qui la rend *consentante* ; l'état de ses organes génitaux qui les prépare aux approches du mâle ; l'excita-

les raisons qu'on invoque en faveur de la cholécystotomie, on tend à généraliser l'emploi de ce moyen dans la plupart des cas de tumeur biliaire : bien mieux, on veut introduire cette opération dans la thérapeutique ordinaire de la cholélithiase pour combattre ou prévenir ses manifestations les plus sérieuses (ictère, cholécystite, angiocholite, crises douleureuses, violentes, etc.). Cette tendance s'est manifestée à plusieurs reprises dans les commentaires qui accompagnent les observations de cholécystotomie publiées par Lawson Tait de (Birmingham) par Ransohoff (de Chicago), par Langenbuch (de Berlin), et tout récemment dans un travail de Musser et Keen (de Philadelphie) à propos de deux faits nouveaux rapportés par ces confrères (*American Journal of medical sciences*, oct. 1883).

Nous n'avons pas d'observation personnelle à présenter, ce qui d'ailleurs n'ajouterait qu'un intérêt statistique à ce travail ; mais nous avons noté, au fur et à mesure qu'ils se produisaient, les principaux cas publiés depuis plusieurs années dans l'intention de baser là-dessus les indications de cette opération. Le nombre des cas aujourd'hui connus, dépassant la trentaine, nous a paru suffisant pour en tirer quelques ensei-

---

tion de celui-ci, qui se traduit par l'érection de l'organe de l'accouplement dont l'introduction dans l'organe de la femelle n'est possible qu'à la condition que les deux corps soient fortement adaptés l'un à l'autre par l'embrassement du mâle étreignant sa femelle entre ses deux membres antérieurs.

Si toutes ces conditions ne sont pas réunies, l'accouplement n'est pas possible.

Ces considérations suffisent pour faire comprendre qu'on ne peut pas admettre comme possible l'accouplement monstrueux du chien avec l'homme par la voie de l'anus.

La première condition, qui est absolument nécessaire pour qu'un accouplement puisse avoir lieu, c'est-à-dire l'érection, ne saurait être réalisée dans les rapports préliminaires du chien et de l'homme. La chienne excite son mâle par ses effluves et détermine chez lui la série de phénomènes physiologiques d'où l'érection procède. Mais rien n'émane de l'homme qui puisse être pour le chien un excitant génésique.

Supposons cependant que le chien soit en érection et qu'il soit déterminé, contre les instincts de sa nature, à assouvir ses désirs par l'introduction de son pénis dans l'anus d'un homme *consentant*.

Comment pourrait-il y réussir ?

D'abord lorsque l'homme est sur ses genoux, appuyé à terre

gnements et discuter en connaissance de cause quels sont les services qu'on peut attendre de l'intervention chirurgicale dans l'affection calculeuse du foie.

Tout d'abord, il nous paraît rationnel de dire quelques mots du degré de gravité de la cholélithiase ; on sera, ce nous semble, mieux à même d'apprécier jusqu'à quel point il convient d'avoir recours à ce qu'on pourrait appeler les grands moyens.

La lithiase biliaire est une maladie très répandue, bien plus répandue même qu'on ne le croit, et généralement assez bénigne. Cette dernière proposition ressort du nombre relativement restreint de cas graves qu'on rencontre — et qui ne passent pas inaperçus ceux-là, comparés à la quantité de cas connus qui restent bénins, sans compter ceux peut-être aussi nombreux qui évoluent sans qu'on en ait connaissance.

Cette affection guérit assez souvent, ou tout au moins s'améliore considérablement, à l'aide d'un régime et d'un traitement appropriés. On ne saurait cependant contester que la cholélithiase ne soit maintes fois rebelle, ou résiste longtemps aux moyens ordinaires les plus rationnels, qu'elle donne lieu à des crises douloureuses dont la violence n'est pas toujours sans

---

sur ses mains, dans une sorte d'attitude quadrupédale, l'orifice anal n'a pas une direction qui s'accommode, comme l'orifice vulvaire, à la direction du pénis du chien.

Ensuite cet orifice est assez profondément situé entre les deux fesses qui font relief, et le pénis du chien n'a pas une longueur qui soit en rapport avec cette situation profonde. Ensuite l'anus n'est pas lubrifié comme la vulve ; il ne se dilate pas comme celle-ci aux approches de l'organe mâle ; au contraire, son sphincter se contracte énergiquement et le maintient étroitement fermé ; et puis enfin comment un chien, à moins d'être de très grande taillet comme les chiens du Saint-Bernard, par exemple, pourrait-il embrasser le corps de l'homme avec ses deux membres antérieurs et l'étreindre fortement comme il fait de sa femelle quand il se propose de la saillir.

Tout proteste contre la possibilité de l'accomplissement de l'acte dont il s'agit.

Que si cependant nous admettons un instant qu'il ait pu s'accomplir, on peut affirmer avec une certitude absolue que cette étrange conjonction n'aurait pas que deux ou trois minutes de durée, et que l'homme qui en aurait été, on peut bien le dire, la victime en porterait les traces très vives et douloureuses pendant quelques semaines, et persistantes ensuite au point de ne pas échapper à l'œil d'un médecin exercé.

danger, et enfin qu'elle peut amener des complications formidables contre lesquelles malheureusement les ressources de la médecine échouent trop souvent.

Si donc, dans l'immense majorité des cas, les modes de traitement le plus généralement employés peuvent suffire, il n'en est pas moins vrai qu'en présence des accidents que nous venons de signaler, et dans le but d'éviter qu'ils n'aboutissent à une terminaison fatale, on est en quelque sorte autorisé à employer tel moyen qui, allant droit à la cause du mal, au calcul, arrive à en débarrasser sur-le-champ les voies biliaires : c'est ce qu'on peut évidemment obtenir en pratiquant sur la vésicule biliaire l'opération que, depuis plusieurs siècles, on pratique sur la vessie pour en extraire les calculs, en faisant, en un mot, la cholécystotomie.

Jusque-là, cette opération semble donc, — et avec raison,— réservée uniquement pour les cas où il survient une complication de nature à mettre les jours du malade en danger. Mais on a fait observer que la cholélithiase, même quand elle paraît suivre une marche très normale et avoir une allure tout à fait bénigne, est susceptible de donner lieu à des accidents extrê-

---

De fait, le chien n'a pas l'aptitude qu'on peut appeler *tout humaine* de ménager et de faire durer l'acte de la copulation. Dominé tout entier par son instinct, dès qu'il éprouve la sensation que l'extrémité de son pénis s'est introduite dans la voie qu'elle doit franchir, il engage le pénis tout entier par un coup vigoureux de ses lombes, et c'est alors que le renflement érectile de la base de l'organe acquiert son plus grand développement et lui donne une fixité de situation qui peut se prolonger pendant quinze à vingt minutes, comme en témoignent ces accouplements persistants qu'il n'est pas rare d'observer dans les rues ou sur les chemins.

Point de doute que si, par impossible, un accouplement, à tous les titres contre nature, s'effectuait entre un chien et un homme, les mêmes phénomènes se produiraient que dans l'accouplement normal du chien avec sa femelle, c'est-à-dire que le chien qui aurait réussi à engager l'extrémité de sa verge dans l'étroit orifice de l'anus humain ne fût déterminé par la sensation éprouvée à la poussée tout entière et qu'alors la conjonction entre l'animal et l'homme ne fût rendue pendant un certain temps durable par le gonflement des protubérances érectiles de la base du pénis, en arrière desquelles le sphincter anal exercerait une constriction bien autrement énergique que les lèvres de la vulve de la femelle. En sorte que le coupable de cet acte monstrueux serait condamné à

mement graves, et cela très rapidement, si rapidement même que toute intervention chirurgicale devient inutile et arrive trop tard. Pour parer le mieux possible à cette éventualité, on a alors proposé, dès que le diagnostic de l'affection calculeuse est bien établi, non plus de faire la cholécystotomie sans attendre qu'il se produise des accidents.— ce qui serait déjà très suffisant,— mais bien d'extirper la vésicule biliaire qui a deux grands inconvénients, celui de n'être pas d'une utilité absolue, puisque certains animaux en sont dépourvus et ne paraissent pas s'en trouver plus mal, et que chez d'autres on a pu l'extirper sans qu'il en résultât aucune conséquence fâcheuse, et puis d'être la cause immédiate la plus palpable de la lithiase biliaire. C'est d'ailleurs ce qui a été pratiqué, et non sans succès, par Langenbuch (de Berlin). Nous reviendrons plus loin sur ce point.

Quelques succès qu'on ait obtenus avec la cholécystotomie ou avec l'extirpation de la vésicule biliaire, on ne pourra faire accepter que ce soit une opération insignifiante et qu'on soit en droit de la proposer, pour n'importe quel cas de cholélithiase, avec autant de désinvolture et de sécurité qu'on propose

---

traîner derrière lui pendant un certain temps, adhérant à sa propre personne, l'animal par lequel il serait parvenu à se faire violer. Cela n'est pas une supposition gratuite ; on sait quelle est la solidité d'adhérence du chien à sa femelle, après l'accouplement : adhérence telle que lorsque le couple est poursuivi dans les rues comme cela est très ordinaire, le plus fort entraîne le plus faible dans sa course, sans qu'ils puissent se désunir, au moins dans les premiers temps de l'accouplement. Quand cette désunion s'opère avant la détente de l'éréthisme, qui normalement est corrélative à l'achèvement de l'émission spermatique, c'est par une sorte d'arrachement très douloureux pour les deux animaux, car l'un et l'autre subissent des déchirures.

Point de doute que les choses se passeraient de la même manière si, par impossible, une conjonction s'établissait entre un chien et un homme par l'intermédiaire du pénis de l'un introduit dans l'anus de l'autre. La séparation immédiate ne serait pas possible, mais des efforts seraient tentés par l'homme pour se débarrasser du terrible témoin de son crime qu'il traînerait derrière lui, et ses efforts, comme du reste la violence de l'intromission, ne manqueraient pas de donner lieu à des dilacérations de l'orifice anal qui porteraient, vives ou cicatrisées, un témoignage de la violence subie.

(A suivre.)

par exemple une cure de Vichy. En conséquence, nous repoussons l'intervention chirurgicale comme moyen ordinaire de traitement et nous ne l'admettons qu'en présence d'accidents prochains. C'est donc sur ces indications que nous allons insister.

DU RÉTRÉCISSEMENT DU LARYNX

Par le Dr Petel.

Rétrécissement syphilitique du larynx. — Trachéotomie. — Cathétérisme du larynx au moyen des bougies Béniqué, puis avec le dilatateur de Schroetter. — Amélioration permettant l'usage d'une canule à soupape. — Présentation du malade et des instruments (1).

La dilatation du larynx rétréci au moyen d'olives laissées à demeure dans le larynx, quoique signalée dans nos traités classiques (2) comme ayant donné d'excellents résultats entre les mains les Allemands, ne paraît pas s'être répandu en France.

Bien que mes recherches bibliographiques ne soient pas très étendues, je puis cependant, à l'appui de cette assertion, fournir quelques preuves. D'abord le témoignage de M. Collin, à l'extrême obligeance de qui je dois d'avoir pu me servir de l'instrument employé par le professeur Schroetter, de Vienne. M. Collin avait rapporté cet instrument d'un voyage à Vienne dans l'espoir qu'à Paris il serait utilisé. Or cet instrument est resté sans emploi dans sa collection. Peut-être cela tient-il aux difficultés qu'on éprouve à manier un instrument nouveau ; en effet, le dilatateur de Schroetter, qu'aujourd'hui je trouve si commode, je n'ai pu l'introduire l'an dernier, lorsque j'ai essayé de l'utiliser pour une malade que m'avait adressée mon confrère et ami le Dr Petitclerc, malade chez laquelle j'avais pourtant pratiqué le cathétérisme du larynx avec des bougies en étain.

Le Dr Etchebame, dans sa thèse inaugurale de 1878, sur l'occlusion membranoïde de la glotte, ne cite aucune obser-

(1) Communication faite à la Société de médecine de Rouen (séance du 12 janvier).

(2) Nélaton et Péan, t. 4, p. 915. Follin et Duplay, t. 5, p. 373.

vation française où ce procédé de dilatation du larynx ait été employé.

Le Dr Poyet, dans son Manuel de laryngologie publié en 1883, parle (p. 223) du procédé de Stœrck (qui au lieu d'une olive pleine emploie une olive creuse) et dit que dans les rétrécissements du larynx on peut essayer la dilatation forcée, mais que, *ne l'ayant pas expérimentée, il ne peut l'apprécier*

Les instruments de dilatation dont font mention les observations françaises qu'il m'a été donné de parcourir sont . la pince à polype de Fauvel, les bougies en gomme, les bougies en étain.

Je crois donc que l'observation que j'ai à vous présenter offre un intérêt réel en raison de l'excellent résultat, quoique incomplet, que j'ai obtenu au moyen d'un traitement, classique il est vrai en Allemagne, mais nouveau pour nous.

L'histoire de mon malade serait peut-être un peu longue à présenter avec tous ses détails ; aussi me bornerai-je à vous indiquer les principales dates :

OBSERVATION.

M....., 35 ans, est chauffeur sur un bateau marchand ; en raison de la température élevée à laquelle il est exposé, il travaille ordinairement nu jusqu'à la ceinture ; cette particularité doit être mentionnée et peut jouer un certain rôle dans la localisation sur le larynx de l'affection dont il est atteint.

Cet homme vint me consulter dans les premiers jours de juillet 1884 : il présentait déjà tous les signes d'un rétrécissements laryngé : cornage, tirage léger, voix rauque. En raison de la gêne de la respiration, l'examen laryngoscopique que je fis ce jour-là fut incomplet. Je ne pus voir l'ouverture glottique dans toute son étendue ; il me fut donc impossible de préciser la lésion qui existait du côté du larynx. Les commémoratifs, cependant, me permirent de soupçonner une affection d'origine syphilitique. En effet, le mal remontait à deux mois (mai 1884); la voix s'était altérée, puis la respiration était devenue difficile; puis le cornage, les accès de suffocation étaient apparus. Il n'existait aucun symptôme de tuberculose pulmonaire; il n'y avait ni ganglion laryngien, ni crachats sanguinolents qui pussent faire penser à un cancer, tandis qu'on retrouvait dans les antécédents du malade des traces de syphilis : sur le gland,

une cicatrice résultat d'un chancre contracté à 17 ans ; en 1881, survint au-dessous du sein gauche une grosseur du volume d'une noix, qui s'ulcéra tardivement, s'accompagnait de douleurs nocturnes, et qui, après avoir duré 3 mois sans tendance à la guérison, se cicatrisa très vite par l'usage de l'iodure de potassium en laissant une cicatrice adhérente à la côte et d'un aspect irrégulier comme les cicatrices succédant aux ulcérations serpigineuses.

Je conseillai au malade de continuer l'iodure de potassium que lui faisait prendre déjà son médecin M. le Dr Carnus, de Louviers, et de se faire opérer de la trachéotomie si les accidents semblaient augmenter.

18 *Juillet* 1884. — Le malade arrive à l'Hospice-Général vers onze heures pour entrer dans mon service. Dès le matin et à la hâte il est parti en voiture de son pays éloigné de 7 lieues, après avoir passé une très mauvaise nuit, et réclame l'opération : depuis mon premier examen, l'oppression n'avait fait qu'augmenter ; il n'avait pas dormi depuis trois nuits et avait eu la veille un accès de suffocation formidable pendant lequel, au dire de sa femme, il était comme un fou, courant hors de chez lui, déchirant sa chemise comme pour se donner de l'air. Le cornage, très prononcé, s'entendait d'un bout de la salle à l'autre ; le malade très gêné réclamait vivement l'opération. Le tirage était manifeste ; il y avait absence complète du murmure respiratoire.

Je fis la trachéotomie dans l'après-midi et plaçai dans la trachée une canule ordinaire n° 4, de Luër. Soulagement immédiat. — Pendant les 4 ou 5 premiers jours qui suivirent l'opération, le malade présenta les symptômes d'une bronchite légère.

23 *Juillet*. — La respiration n'étant plus gênée, l'examen du malade devint facile et je pus confirmer mon premier diagnostic. — En effet, l'auscultation, impossible avant l'opération, permet de constater que la respiration est normale et qu'il n'existe aux sommets aucune lésion tuberculeuse.

L'examen laryngoscopique montre :

Asymétrie du larynx, résultant de l'immobilité du cartilage arythénoïde droit, tandis que le gauche accomplit encore, quoique incomplètement, son mouvement.

Léger œdème des replis arythéno-épiglottiques.

Les cordes vocales, immobiles, restent rapprochées l'une de l'autre.

Pas d'ulcération visible.

Le diamètre antéro-postérieur du larynx semble diminué.

13 *Septembre.* — Etat général bon. Depuis que la trachéotomie a été faite, malgré un traitement antisyphilitique par le sirop de Gibert, puis par l'iodure de potassium, le rétrécissement laryngé a augmenté progressivement ; il est arrivé à un point tel que le malade, après avoir retiré sa canule et fermé artificiellement la plaie trachéale, ne peut ni parler, ni respirer par le larynx ; il semble y avoir imperméabilité complète. J'en arrive à penser que ce malade m'est arrivé guéri de ses ulcérations et que les lésions laryngées étaient la conséquence de la rétraction du tissu cicatriciel.

Le cathétérisme est commencé; — introduction d'un Béniqué n° 35 ; — en même temps, le malade est pourvu d'une canule à soupape, dans l'espoir que le passage de l'air contribuera à entretenir la cavité du larynx.

10 *Octobre.* — Je passe le n° 51; le malade peut immédiatement après parler pendant quelques secondes.

1er *Novembre.* — Je puis passer le n° 60, qui a un diamètre de 1 cent. La séance de cathétérisme se fait ainsi: je passe d'abord le n° 45 ; puis le 51 ; puis le 56 et le 60.

7 *Novembre.* — Le cathétérisme est fait tous les jours ; les bougies sont introduites, laissées quelques secondes, puis retirées. L'amélioration ainsi obtenue, quoique réelle, ne persiste pas au-delà de deux minutes, après lesquelles le malade cesse de pouvoir parler.

En présence de cet insuccès avec le cathétérisme ordinaire, je me décidai à tenter l'emploi du dilatateur de Schroetter. Permettez-moi de vous rappeler les différentes pièces dont il se compose essentiellement. Ce sont :

1° Des sondes en étain, de forme triangulaire, à angles arrondis, portant à leur extrémité supérieure un fil qui servira à les retirer du larynx.

2° Un manche, sur lequel on adapte une des sondes en étain qui servira à porter cette dernière dans le larynx.

3° Une petite pince qui, à travers la plaie trachéale, saisit et fixe l'extrémité inférieure de la sonde introduite.

J'introduisis la sonde n° 2 de Schroetter dont le diamètre égale environ celui d'un Béniqué n° 47; il fut convenu que le malade la conserverait, s'il le pouvait, pendant deux heures.

8 *Novembre.*—A mon grand étonnement, le malade s'empresse de parler lorsque j'arrive à son lit; il est heureux de me prouver que le bénéfice de la dilatation a persisté, bien que l'olive ait été retirée la veille, depuis 20 heures par conséquent. Ainsi donc deux heures de dilatation prolongée avec l'olive de Schroetter ont fait plus que de courtes séances pratiquées avec des Béniqué et répétées tous les jours pendant près de 2 mois (le cathétérisme a été commencé le 13 septembre). La voix est rauque comme elle était avant la trachéotomie.

J'introduis l'olive n° 4, puis n° 6 de Schroetter.

2 *Décembre.* — Le malade, pour des raisons d'argent, doit quitter l'hôpital, mais il est très satisfait du résultat obtenu ; il lui semble qu'il gagne tous les jours quelque chose et promet de revenir dès qu'il le pourra, pour essayer d'arriver à une guérison complète. Il conserve la canule à soupape toute la journée et ne la retire que la nuit ; il marche et parle sans être fatigué.

Le larynx s'est modifié d'une façon remarquable.

Son diamètre antéro-postérieur s'est allongé et paraît normal.

L'asymétrie est moins prononcée.

Les cordes vocales sont toujours immobiles et leur aspect rappelle celui d'une boutonnière entr'ouverte.

L'arythénoïde droit est toujours immobile. Le gauche exécute un léger mouvement de bascule.

5 *janvier* 1885.—Le malade rentre à l'Hospice-Général, après un mois d'absence; il n'a rien perdu de l'amélioration obtenue; il parle avec sa canule et ne la retire que la nuit ou pour faire une longue course, à marche rapide.

Pendant son absence, j'ai fait faire par M. Collin deux olives plus grosses que celles employées, dans l'espoir d'arriver à une dilatation telle qu'il soit possible de retirer complètement la canule et de laisser la plaie trachéale se cicatriser. Je ne sais si j'arriverai à mon but ; j'aurais voulu pouvoir vous présenter le malade plus tard, mais je crains qu'il soit obligé de quitter l'Hospice avant notre séance de février.

Comme traitement complémentaire, je dois signaler des cautérisations faites avec une pointe fine du thermo-cautère pour réprimer et détruire les bourgeons charnus qui se développent à l'orifice interne du trajet après toute trachéotomie et sur lesquels j'ai déjà attiré l'attention pour la trachéotomie nécessitée par le croup (1). Lorsque le dilatateur pénètre dans le canal laryngo-trachéal il refoule devant lui ces bourgeons charnus qui masquent une partie du cathéter et en s'organisant prennent la forme d'une membrane dont le bord libre inférieur présente une concavité inférieure et ressemble en petit à un voile du palais sans luette. Par contre, lorsque le cathéter est retiré et que l'on introduit la canule, celle-ci, en pénétrant dans la trachée, refoule en haut, en sens contraire du dilatateur, cette membrane, qui tend à devenir horizontale et contribuerait à obturer la lumière de la trachée, si elle n'était pas détruite de temps en temps.

Le cathétérisme du larynx ne paraît pas être douloureux, bien que je l'aie pratiqué sans anesthésie préalable du larynx.

Mon malade ne m'a jamais dit que je lui faisais mal et il était le premier à m'engager à pousser plus vigoureusement les instruments lorsque la sonde semblait pénétrer difficilement. Cette sensation, indiquée par le malade, que l'instrument était placé où il le fallait, était, du reste, pour moi un guide précieux, car si le premier temps de l'opération (celui qui consiste à placer l'extrémité du dilatateur sur l'orifice glottique) est fait avec le secours de la vue, le second temps (c'est-à-dire l'action de franchir le rétrécissement) se fait sans avoir recours au miroir laryngien qui a été retiré ; je suis alors guidé par la sensation du malade et par l'apparition d'une petite toux qui m'indique que l'instrument franchit les cordes vocales ; immédiatement après, en effet, je puis apercevoir par la plaie trachéale l'extrémité du cathéter. Lorsque cette petite toux ne se produit pas, malgré la pression que j'exerce pour faire pénétrer l'instrument, j'en conclus que l'instrument s'est déplacé et, sans insister, je le retire pour le replacer dans une meilleure direction.

Néanmoins, en raison des difficultés que j'ai éprouvées dans

(1) PETEL. — Des polypes de la trachée survenant après cicatrisation de la trachéotomie et nécessitant une nouvelle opération. Th. 1878.

les premiers temps, je crois pouvoir dire que le cathétérisme du larynx est chose difficile, surtout si l'on est mal outillé.

Une des difficultés tient à ce que la salive afflue souvent dans le pharynx au moment où on vient d'appliquer le miroir laryngien, et c'est en quelque sorte au vol qu'il faut introduire l'instrument dilatateur dans le larynx qui monte pour ainsi dire au-devant de lui.

Si, par suite de quelque défaut d'éclairage, ou par une hésitation dans l'introduction du cathéter, on provoque cette nausée, qui produit un afflux de mucosités, avant que l'instrument ait été bien placé, il faut alors recommencer la manœuvre après avoir donné au malade le temps de cracher ou d'avaler sa salive.

Un bon éclairage est nécessaire pour bien réussir, et sous ce rapport je trouve très commode le photophore inventé par notre collègue le Dr Hélot et construit par M. Trouvé. Mes premières tentatives de cathétérisme ont été faites avec la lumière d'une lampe de gros calibre, et c'est peut-être à l'insuffisance de cet éclairage que je dois attribuer mon échec dans la 1re tentative que j'ai faite sur la malade du Dr Petitclerc pour introduire l'instrument de Schroetter (malade atteinte d'un rétrécissement du larynx coïncidant avec une perforation de la voûte palatine).

Plus le cathéter est gros, plus la manœuvre devient difficile, car l'image du champ opératoire se trouve masquée par l'instrument.

Je dirai également quelques mots sur la courbure que j'ai donnée aux sondes en étain qui m'ont servi pour le cathétérisme préparatoire à la dilatation par la méthode de Schroetter. C'est après plusieurs tâtonnements que je suis arrivé à adopter la courbe que présentent les instruments qui m'ont servi. J'avais tout d'abord copié la courbe de la pince à polype de M. Fauvel ; mais la longueur de la portion recourbée est insuffisante, car le cathéter doit franchir toute la hauteur du larynx et aussi peut-être le premier anneau trachéal. Les sondes en étain que j'ai employées sont des Béniqué pliées par leur milieu par une courbure très arrondie, mais de telle façon que les deux branches fassent l'angle droit.

De cette observation, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Le cathétérisme du larynx rétréci n'est pas douloureux ;

2° Le passage répété des instruments entre les cordes vocales ne provoque ni inflammation, ni altération de la voix;

3° La dilatation du larynx, pour être efficace, doit être permanente et prolongée;

4° Le bénéfice de la dilatation a persisté intact un mois sans que dans cet intervalle il y ait eu de nouvelles séances de cathétérisme ;

5° Si, au début, on éprouve quelques difficultés dans l'emploi du dilatateur de Schroetter, elles ne tardent pas à disparaître ;

6° L'emploi du dilatateur de Schroetter est facilité par l'introduction des bougies en étain Béniqué auxquelles on a donné une courbure appropriée.

(M. Petel termine sa communication en présentant son malade dans le larynx duquel il a placé d'avance (*depuis* 8 *heures déjà*) la sonde 6 de Schroetter; un fil de soie solide, fixé à l'extrémité supérieure de l'olive, sort par la bouche et est fixé autour d'une oreille; afin que ce fil ne soit pas coupé pendant la mastication, le malade ne prend pendant ces quelques heures que des aliments mous. L'extrémité inférieure de l'olive s'engage dans l'ouverture pratiquée à la convexité de la canule externe que porte seule le malade et est fixée dans cette position par la petite pince de Schroetter. La pince est alors retirée, et l'olive est enlevée par la bouche au moyen d'une légère traction sur le fil ; le malade, auquel on a remis la canule interne qui porte la soupape, peut immédiatement parler.)

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Pleurésie hémorrhagique chez un homme de 74 ans, guérie après une seule ponction, par M. R. Moutard-Martin. — Voici les signes que présentait le malade lors de son entrée à l'hôpital, le 23 août 1883 :

Respiration difficile et fréquente. Œdème des jambes, surtout péri-malléolaire, sans traces d'albumine dans l'urine ; va-

rices; battements cardiaques irréguliers ; aucun souffle à aucun orifice ; claquement sonore du second bruit à la base ; pouls inégal à 90 pulsations; artères radiales noueuses, d'une rigidité véritablement calcaire ; la pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal.

Le foie est volumineux, il déborde les fausses côtes. Du côté des poumons, il existe à gauche, dans toute la hauteur, des râles inégaux, ronflants au sommet, sous-crépitants à la base et dans la moitié inférieure.

Respiration emphysémateuse des deux côtés. A droite, au-dessous de l'épine de l'omoplate, le murmure respiratoire ne peut être entendu nulle part. Dans toute cette région, aussi bien en arrière qu'en avant, et sur la partie latérale, la matité est très nette dans toute la hauteur; mais les vibrations vocales sont seulement diminuées. Il n'y a ni œgophonie, ni bronchophonie, ni pectoriloquie aphone. Seulement, à la fin des grandes inspirations, on finit par percevoir quelques râles sous-crépitants inégaux.

Le diagnostic porté par M. Moutard-Martin, et confirmé par M. Grancher fut : Athérome cardio-vasculaire avec congestion hépatique, congestion pulmonaire bi-latérale et pleurésie droite à signes anormaux.

Le 30 août une ponction fut faite avec l'appareil aspirateur et donna issue à deux litres environ d'un liquide hématique.

Après cette ponction, on entendit vers l'angle inférieur de l'omoplate un léger souffle lointain qui, six heures après la ponction, se percevait encore.

Le lendemain ce souffle avait disparu et tous les signes étaient exactement les mêmes qu'avant la ponction ; toutefois, le malade respirait beaucoup plus facilement.

Quinze jours après, les signes locaux demeurant toujours les mêmes, le malade respirait bien et mangeait avec appétit. Trois ponctions capillaires furent faites avec la seringue de Pravaz en différents espaces intercostaux ; pas une goutte de liquide n'en sortit.

M. Moutard-Martin a revu le malade le 2 décembre : la respiration s'entend, quoique affaiblie à droite ; de la submatité persiste.

La congestion pulmonaire même à gauche a disparu et il ne

reste plus que de la bronchite avec emphysème. (*Union Médicale*, n° 50.) Dr OGER.

Inflammation de la glande thyroïde dans la diphthérie. — Le Dr BRIEGER rappelle deux cas de diphthérie compliquée d'inflammation de la glande thyroïde. Le premier cas est celui d'une jeune fille de dix-huit ans qu'il vit au dix-septième jour de sa maladie ; elle ne présentait pas de fièvre à ce moment. Deux jours plus tard, la membrane diphthéritique tapissant toujours la gorge, la malade fut prise d'une fièvre intense avec douleur et gonflement de la glande thyroïde, aphonie et dyspnée. Les moyens antiphlogistiques employés furent complètement inefficaces ; les cataplasmes seuls procurèrent du soulagement. Vingt jours plus tard on fit une incision en un point où l'on sentait de la fluctuation et l'on évacua près de 50 grammes de pus. La malade guérit.

Le second cas est celui d'une femme de 22 ans chez laquelle on parvint à faire avorter l'inflammation de la glande thyroïde à l'aide de moyens antiphlogistiques énergiques et d'applications de sangsues.

Dans ces deux cas, la thyroïdite céda devant le processus diphthéritique local.

L'auteur croit que l'inflammation glandulaire reconnaissait pour cause l'invasion de microbes diphthéritiques. (*Centralblatt fur klinische med.*, 23 juin 1883). Emile PIOGEY.

De la nature épidémique et contagieuse de la pneumonie franche. — M. Chaumier (du Grand-Pressigny) fait sur ce sujet la communication suivante :

La nature infectieuse de la pneumonie franche a été reconnue depuis les travaux de Parkes, en 1860, et confirmée par divers auteurs anglais et allemands qui, tous, en font une maladie générale causée par l'introduction dans l'économie de plusieurs poisons ou d'un poison unique. Cette dernière hypothèse paraît d'ailleurs confirmée par la découverte d'un microbe spécial à la pneumonie, étudié successivement par Klebs, Eberth, Koch, Friedlander, Fraenkel, Salvioli et Zœslein, Talamon et Afanasiew.

Plus d'une fois on a eu l'occasion de voir de petites épidémies de village ou de maison, voire même de grandes épidémies. Nous citerons une épidémie qui régna en Islande, une autre

sur quelques navires de l'escadre de la Méditerranée, et une troisième dans les prisons de Christiana.

La nature épidémique et contagieuse de la pneumonie serait donc suffisamment établie et par l'anatomie pathologique et par la clinique. On peut, dès lors, la considérer comme une maladie infectieuse.

L'auteur a observé lui-même, en cinq ans, cent un cas de pneumonie dans deux villages des environs de Blois. Ces pneumonies arrivaient par séries séparées par un intervalle de un à deux mois. Les deux villages étaient atteints séparément, l'épidémie alternant de l'un à l'autre.

Les enfants n'ont pas été épargnés. Au contraire, l'épidémie sévissait d'abord sur eux ; il est vrai d'ajouter qu'elle a fait moins de victimes parmi les enfants que chez les adultes, comme c'est la règle pour les fièvres éruptives.

Les récidives ont été extrêmement rares, puisqu'elles n'ont été observées que cinq fois.

L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

1° La pneumonie est une maladie toujours épidémique ;

2° La contagion directe est rarement observée ;

3° D'après les travaux récents de pathologie expérimentale, la pneumonie est due au développement d'un microbe ;

4° Un certain nombre d'observations tendent à prouver que ce microbe se conserve dans les babitations, objets de literie, vêtements, et attend pour germer chez l'homme les conditions favorables à son évolution ; influence cosmique aujourd'hui inconnue et qui doit être de même nature que celle qui fait développer dans les moissons certaines plantes à l'exclusion des autres dont les graines sont cependant dans le sol, ce qui explique la fréquence plus grande des pneumonies dans certaines années ;

5° Les épidémies de pneumonie ressemblent en cela à celles des maladies de même ordre, sévissant parfois avec une certaine prédilection sur une catégorie déterminée d'individus, tantôt de préférence sur les adultes, tantôt sur les enfants ;

6° Le traitement de la pneumonie ne devra plus être celui d'une maladie inflammatoire simple ; on devra la traiter comme une maladie infectieuse, comme on traite une rougeole, une variole ou une fièvre typhoïde. (*Congrès de Blois.*)

Traitement des sueurs nocturnes des phthisiques par la picrotoxine, par le Dr CAULDWELL. — Après avoir fait valoir les avantages et les inconvénients des principaux médicaments employés pour combattre les sueurs nocturnes des phthisiques tels que, l'atropine, l'ergotine, la salicine, la digitale, l'aconit, l'oxyde de zinc, l'écorce de paracoto, la picrotoxine, toutes substances employées par l'auteur dans quinze à vingt-cinq cas, c'est à cette dernière qu'il paraît donner la préférence.

Sur les vingt phthisiques qui ont été soumis à ce médicament, dix-sept ont vu leurs sueurs s'arrêter complètement, ou diminuer tellement qu'elles ne constituaient plus un inconvénient sérieux. Une seule dose prise le soir, au moment de se coucher, a suffi généralement pour arrêter les transpirations pendant vingt-quatre heures. L'auteur donne à l'appui cinq cas types dans deux desquels les sueurs étaient vraisemblablement dues à l'affaiblissement du système nerveux, tandis que dans deux autres elles étaient le résultat d'une fièvre septicémique. La picrotoxine a agi aussi bien dans ces deux catégories de cas d'origine si différente. Dans plusieurs de ces cas, cette substance n'a été employée qu'après l'insuccès de la plupart des autres médicaments susmentionnés.

Quant à la dose prescrite, elle a été généralement de 1/50e, 1/40e et même 1/20e de grain, c'est-à-dire 1 millig. 1/3, 1 millig. 1/2 et même trois milligrammes, en une fois. (*New-York med. Journ.*, 27 septembre 1884.) J. C.

CHIRURGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Incontinence d'urine chez les enfants. — Le Dr Adams divise les faits de ce genre en trois catégories. — La première comprend les malades chez lesquels l'urine coule goutte à goutte et d'une façon incessante nuit et jour. Cette incontinence est presque toujours causée par la présence d'un calcul. Le traitement est donc tout indiqué. — La seconde catégorie comprend les faits dans lesquels l'incontinence est intermittente, mais se présente aussi bien la nuit que le jour. Ce sont surtout les petites filles qui y sont suettes, et la cause tient souvent à de la vulvite ou à de l'uréthrite occasionnée par la présence d'ascarides dans le vagin. — La troisième

catégorie renferme les cas de beaucoup les plus intéressants, parce qu'ils sont les plus fréquents. Chez les garçons l'émission d'urine a lieu lorsque la verge est en érection. On peut accuser les repas pris tard dans la soirée, sommeil très profond. Chez l'adulte ces mêmes causes provoquent l'éjaculation nocturne. Parmi les autres causes il faut citer un estomac surchargé d'aliments, l'intestin rempli de matières fécales, les vers intestinaux, la coxalgie, l'adhérence balano-préputiale et le phimosis.— Quant au traitement, Adams rejette le chloral et conseille les bromures ou la belladone à haute dose. Ce dernier médicament constitue le remède par excellence. On le donne sous forme de teinture et goutte à goutte le soir au moment du coucher. Lorsque l'incontinence tient à de la faiblesse musculaire de la vessie ou du sphincter, c'est la strychnine qu'il faut employer.

L'auteur oublie de mentionner les doses.

Si l'incontinence est causée par le phimosis, il faut pratiquer la circoncision. (*Amer. Journ. Obstetrics.* Juin 1884, et *The Archives of Pediatrics.* Août 1884.) A. Rizat.

L'acide phénique en pansement et la paralysie vésicale.— M. le Dr Cartaz, qui remplit les fonctions de secrétaire général adjoint au congrès, relate deux observations très intéressantes de paralysie vésicale consécutive à l'emploi de l'acide phénique en pansements.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme qui, à la suite d'un avortement au deuxième mois de sa grossesse, fut prise d'accidents septicémiques par rétention d'un fragment placentaire, accidents caractérisés par les signes ordinaires : grand frisson, température élevée, fétidité des lochies, etc. Pour remédier à ces phénomènes morbides, on pratique des injections intra-utérines avec une solution phéniquée à 2 pour 100, quatre fois par jour. La fièvre tomba rapidement, l'écoulement reprit ses caractères normaux ; mais au second jour de ce traitement, la malade se plaignait de maux de tête, d'abattement ; cependant la température restait normale. Le lendemain (troisième jour après le début de cette septicémie) la malade se plaignait de n'avoir pas uriné depuis la veille ; le ventre était en effet distendu et par un cathétérisme immédiat la sonde ramenait 408 grammes d'urine, colorée en brun foncé.

On remplace alors le liquide phéniqué des injections intra-utérines par une solution de sublimé à 1 pour 2,000. Le cathétérisme est encore nécessaire pendant quarante-huit heures ; les phénomènes de stupeur, d'adynamie, disparaissent graduellement et la malade entre rapidement en convalescence.

Dans le second cas, le pansement phéniqué avait été fait avec de la charpie imbibée d'une solution à 5 pour 100 pour une simple escharre de la région sacrée chez une femme de quatre-vingt-six ans maintenue au lit pour une fracture du col du fémur.

Le troisième jour après l'application de ce pansement, en l'absence de toute fièvre, survient de la rétention d'urine. La malade est cathétérisée et la sonde ramène plus d'un litre d'urine noirâtre. Il n'existe aucun phénomène d'intoxication générale, aucun symptôme de lésion du système nerveux. On substitue à l'acide phénique un pansement à la vaseline boriquée. Les accidents de paralysie vésicale disparaissent au bout de quarante-huit heures.

M. le Dr Cartaz ne croit pas qu'il s'agisse, dans ces cas, de rétention d'urine de cause réflexe, comme on l'observe dans une foule de circonstances. Pour lui, l'empoisonnement phéniqué serait la cause directe de cet accident. (*Congrès de Blois.*)

Cure mécanique de la sciatique. — Le Dr Shoamaker, de New-York, dans un cas de sciatique persistante, eut recours à l'extension du membre avec un poids de 18 à 20 livres. En moins de 10 minutes, la patiente ne souffrait plus, et le jour suivant les douleurs étaient beaucoup moindres; après avoir supporté l'appareil environ 3 heures, elle l'enleva et le remit pendant toute la nuit suivante parce qu'elle ne pouvait le supporter continuellement. Elle le conserva le jour et le nuit qui suivirent, et le lendemain elle se leva et se déclara guérie. Depuis, la douleur n'a plus reparu.

OBSTÉTRIQUE, GYNÉCOLOGIE ET PÉDIATRIE

Traitement de la fièvre puerpérale par les bains froids. — M. le Dr E. Vincent, chirurgien-major de la Charité de Lyon, a organisé à la Maternité le traitement par les bains froids contre la fièvre puerpérale, comme on le fai

pour la fièvre typhoïde. Les résultats obtenus par ce chirurgien ont été publiés par M. P. Chaber dans sa thèse inaugurale. Voici les conclusions de cette importante monographie :

L'administration des bains froids est possible chez les nouvelles accouchées atteintes de fièvre puerpérale. Les bains froids sont inoffensifs, exempts de danger dans l'état puerpéral. Les bains froids ont une efficacité très sûre et prompte contre les états fébriles des suites de couches. Ils sont indiqués dans toutes les formes hyperthermiques des complications des suites de couches, les péritonites suraiguës exceptées.

L'indication du bain froid n'existe que lorsque la fièvre se maintient, sans rémission matutinale notable, autour de 40°, et lorsqu'on a constaté l'impuissance de la quinine, des excitants diffusibles à hautes doses, et lorsque, la fétidité des lochies existant, on a pratiqué des injections intra-utérines antiseptiques sans amener de détente dans la fièvre.

Les bains froids doivent être administrés à une température variable de 28° à 18° ; suivant l'abaissement que le premier bain donné à 28° ou 30 a produit, on doit abaisser le degré des bains ultérieurs. La règle est d'obtenir par le bain un abaissement de un à deux degrés de la température de la malade. On doit suivre, en les modifiant, les pratiques usitées dans la fièvre typhoïde traitée par les bains froids.

Les bains sont réitérés toutes les trois heures, jusqu'à ce que la température de la malade soit descendue à 38°, et y reste avec quelques oscillations de quelques dixièmes le soir.

Lorsque les bains à 18° ou 20° et donnés toutes les trois heures ne procurent pas un abaissement notable de la température, il faut placer dans l'intervalle des bains, sur le ventre de la malade, une vessie de glace.

Concurremment avec les bains, les alcooliques doivent être administrés largement à la malade, et son alimentation doit surtout consister en aliments liquides, tels que : potages, lait, bouillons, jus de viande. (*Paris-Journal.*)

Du traitement diaphorétique de l'éclampsie puerpérale par les bains chauds, par le D[r] Breus. — Dans les *Archiv. f. gynæk*, XIX, 2, le D[r] Breus rapporte les observations de six cas d'éclampsie puerpérale traités par les bains chauds ;

il y eut cinq guérisons et une mort. Dans le présent mémoire, l'auteur y ajoute onze cas, avec une mortalité semblable.

Le traitement consiste à placer la patiente dans un bain à 38° centigrades, à augmenter progressivement la température, puis à l'envelopper dans des couvertures, et on obtient ainsi une diaphorèse profuse. Sur ces onze cas, quatre femmes avaient été atteintes de convulsions dès le début du travail, deux pendant la période de dilatation, une pendant la délivrance et quatre après. Dans la majorité des cas, les convulsions furent intenses.

Dans le cas de mort, il est plus probable que cette terminaison est le résultat d'une péritonite, septique peut-être, que des convulsions. Les deux séries réunies donnent un total de 17 cas avec 2 morts, dont l'une n'est pas le fait des convulsions. Dans l'éclampsie, le danger pour la vie ne dépend qu'indirectement des convulsions. Le principal danger gît dans l'altération caractéristique du sang, l'hydrémie, et dans l'albuminurie qui en résulte et l'anasarque.

Ces symptômes de la maladie de Bright peuvent évidemment être fort bien combattus par une diaphorèse profuse, traitement qui, tout en n'ayant que peu d'action pour la guérison de l'affection rénale, agit assurément sur les symptômes qui mettent en danger la vie de la malade. En employant ce traitement par les bains chauds, Breus n'a obtenu que de bons effets. Ils ne peut pas amener l'avortement, l'accouchement prématuré, ni une hémorrhagie. Au contraire, il serait d'avis d'employer les bains chauds pendant la grossesse lorsque la présence de l'albumine dans l'urine et l'œdème font craindre l'éclampsie ; ils sont en réalité indiqués comme mesure prophylactique.

L'auteur rapporte un cas étonnant où la patiente, âgée de 26 ans, primipare, fortement hydropique, dont l'urine contenait une grande quantité d'albumine, fut soumise au traitement par les bains chauds au huitième mois de sa grossesse, arriva à terme, et accoucha d'un enfant pesant 2,700 grammes, après avoir pris dans cet intervalle quarante-cinq bains, dont les bons effets furent évidents tant au point de vue de son propre état, de la continuation de la grossessé que de la sauvegarde de la vie de l'enfant.

La conclusion générale qu'on peut tirer de ce mémoire, c'est

que nous trouvons là le meilleur traitement possible pour les cas de ce genre ; il agit, en effet, alors que l'éclampsie s'est déclarée et aussi dans les cas où l'on craint l'apparition de la maladie. (*Amer.Journ. of Obst.*, novembre 1884.) Dr Ad. OLIVIER.

Difficultés du diagnostic dues à l'hypertrcphie du col de l'utérus, par le Prof. HOWITZ, de Copenhague.— Lorsque la portion supra-vaginale du col utérin est allongée, le diaphragme utérin (Aran) reporté en haut, l'orifice interne s'élève souvent au-dessus du détroit supérieur du bassin, et le corps de l'utérus est complètement dans la cavité abdominale. Si alors le corps de l'utérus est développé par le fait d'une tumeur et particulièrement par la grossesse, il peut se présenter de grandes difficultés de diagnostic. La tumeur sentie dans l'abdomen paraît beaucoup plus volumineuse qu'elle ne devrait être, étant donné l'âge de la grossesse qu'on suppose, parce que le corps tout entier de l'utérus peut être palpé à travers les parois abdominales, tandis qu'ordinairement une grande partie de ce corps occupe la cavité pelvienne. La tumeur est caractérisée par une grande mobilité anormale ; cette mobilité, en fait, est si grande qu'on prend facilement la tumeur pour un kyste de l'ovaire à long pédicule.

D'un autre côté, les bruits du cœur du fœtus peuvent être entendus à une époque plus rapprochée que d'habitude du début de la grossesse, ce qui est dû à la position élevée de l'utérus. On trouve toujours la tumeur fluctuante présentant presque des ondulations, sans que l'auteur ait jamais trouvé de l'hydramnios. Ce qui suit peut en donner l'explication. Le col hypertrophié est ferme, rigide ; il ne devient pas mou et pâteux comme cela arrive généralement dans la grossesse, et il ne prend pas part à la formation de l'ovisac. Dans ces cas la cavité du corps est plus dilatée qu'elle ne l'est ordinairement. Ses parois sont anormalement distendues et on a noté de plus que, d'une façon intermittente, toutes ces patientes ont ressenti des douleurs analogues à celle du travail. Au toucher, on trouve le col ferme et dur ; au-dessus de lui, et surtout par le rectum, on sent un corps rond qu'on reconnait facilement être le fond. De ce point un court pédicule mène à la tumeur supposée. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant qu'on fasse faci-

lement des erreurs et il est certain que dans un certain nombre de cas des médecins peu expérimentés ont sondé l'utérus et amené l'avortement, ou bien ont fait une laparotomie croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire. Lorsqu'on aura présent à l'esprit qu'on peut avoir affaire à une hypertrophie supra-vaginale, on évitera de faire erreur. A propos de la combinaison de l'hypertrophie du col avec l'augmentation de volume de l'utérus, l'auteur rapporte au détail trois cas de grossesse et un cas de fibro-myome de l'utérus compliqués d'hypertrophie sus-vaginale du col; dans ces quatre cas, on ne put faire le diagnostic qu'avec grande difficulté. (*The amer. Journ. of Obst.* Octobre, 1884. — *Congress at Copenhagen.*) Dr AD. OLIVIER.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie des enfants. – Leçons cliniques professées à l'hôpital des enfants malades par M. le Dr L. A. de SAINT-GERMAIN, recueillies et publiées par M. le Dr Pierre J. MERCIER, ouvrage contenant 100 gravures sur bois intercalées dans le texte. Paris, Lauwereyns, 1884, 1 vol. in-8° de 800 pages.

Ces leçons, dans lesquelles l'auteur a condensé le résultat des douze années de sa pratique à l'hôpital des enfants, ainsi qu'il le dit dans sa préface, et qui contiennent la substance d'un enseignement poursuivi sans interruption depuis 1873 ; ces leçons partagent les 800 pages du volume en 37 chapitres différents qui, tous, ont cela de commun que la lecture en est singulièrement attachante et captivante. Cela tient d'abord à ce qu'ils renferment des faits cliniques en grand nombre, exposés avec tous les détails, tous les renseignements, toutes les justifications qui peuvent les rendre intéressants ; ensuite, à ce que cette exposition est faite avec une clarté, une bonhomie et une autorité telles qu'il semble qu'on a assisté à l'examen des malades, ou aux opérations pratiquées par le chirurgien, et qu'on a tout vu soi-même ; enfin, à ce que M. de St-Germain possède l'art de dire avec un tour qui lui est propre. Cela fait trouver une saveur particulière à ce qu'on lit, et donne le charme de la nouveauté aux choses les plus connues.

La première leçon est consacrée à l'anesthésie chirurgicale. L'auteur, après avoir comparé entre elles les diverses substances anesthésiques, ainsi que les manières différentes de les administrer, et avoir résumé les discussions qui ont eu lieu récemment à ce sujet, se déclare partisan du chloroforme donné d'après la méthode dite sidérante. Il appuie sa préférence sur l'analyse magistralement menée des phénomènes physiologiques produits par le chloroforme sur les centres nerveux, et, de plus, sur les résultats de sa pratique qui valent tous les arguments ; en effet, chez plus de 10.000 enfants rapidement endormis, il n'a pas eu un seul accident. Il est bon d'ajouter qu'il ne confie à personne le soin d'insensibiliser ses petits malades, et que, selon une formule désormais célèbre, « il opère lui-même ».

Les plaies, leurs pansements et leurs complications, font l'objet des deux chapitres suivants ; — les engelures, les brûlures et les cicatrices vicieuses ; — la carie ; — l'ostéomyélite et la périostite phlegmoneuse ; — l'hygroma et l'hydarthrose ; — les tumeurs blanches, sont traitées dans autant de leçons séparées ; — les fractures occupent trois chapitres ; — Les luxations traumatiques ; — le cancer ; — les ophthalmies ; — les kératites ; — la cataracte ; — la grenouillette ; — l'hypertrophie des amygdales, prennent sept chapitres du volume. — La trachéotomie en prend trois à elle seule, et nous estimons que ce n'est pas trop, car le sujet, envisagé sous toutes ses faces, est traité à fond, et, on peut le dire, épuisé par l'auteur.

Viennent ensuite : les tumeurs du cou, les adénopathies et les adénites ; — les abcès rétro-pharyngiens ; — les corps étrangers dans les cavités naturelles ; — les polypes ; — le traitement de l'anévrysme cirsoïde ; — l'opération de l'empyème ; — le traitement des hernies ; — l'anus contre nature ; — la chute du rectum et les polypes du rectum ; — les fistules et les fissures à l'anus ; — les calculs ; — la taille sus-pubienne ; — le phimosis, la circoncision, la dilatation préputiale ; — la vulvo-vaginite chez les petites filles ; — les tumeurs des bourses ; — les déviations rachitiques, l'ostéoclasie manuelle, l'ostéotomie linéaire et cunéiforme.

Dans l'énumération qui précède, la division des chapitres est indiquée par des tirets.

On le voit, les leçons de M. de Saint-Germain embrassent toute la chirurgie, ou peu s'en faut ; mais il est entendu que

ce n'est point un traité didactique de chirurgie ; c'est, comme il le dit : « sa chirurgie » ou, pour parler plus exactement, l'exposé de sa pratique chirurgicale pendant douze années ; mais cet exposé est essentiellement personnel. L'auteur s'est si bien approprié les sujets qu'il présente au lecteur, qu'il les a fait siens, en vérité, sous beaucoup de rapports. Cela n'est point banal. Il a su leur imprimer un caractère d'originalité tout individuelle. Il n'est pas de détail qui ne prenne, sous sa plume, quand il le veut, un relief singulier. Or, c'est par les détails que les faits se gravent dans l'esprit. Tous ceux qui ont fait de l'anatomie savent que plus une description est minutieuse, mieux on se la rappelle.

Nous recommandons spécialement, à ce point de vue, les trois leçons sur la trachéotomie. Pour M. de Saint-Germain, « la trachéotomie est essentiellement une opération d'urgence. Il faut, dit-il, la simplifier assez, tant sous le rapport des instruments à employer que du manuel opératoire à suivre, pour qu'elle puisse être pratiquée par tous les médecins et dans toutes les circonstances ». Pour en venir là, voici le programme qu'il se trace lui-même : « Après un aperçu très succinct, nous accorderons quelque temps à la description de la région du cou ; puis, passant en revue les diverses méthodes, nous arriverons au procédé classique, que nous exposerons dans tous ses détails. Lorsque nous serons suffisamment édifiés sur la région et sur les moyens que la chirurgie met à notre disposition, je vous exposerai ma manière de faire, et, envisageant la question au point de vue absolument pratique, je vous conduirai par la main depuis le moment où l'on vient vous chercher en toute hâte pour opérer un croup jusqu'à la conclusion heureuse ou fatale, c'est-à-dire la guérison ou la mort de votre opéré. »

J'ai laissé l'auteur énoncer la marche qu'il entendait suivre; mais c'est à moi qu'il appartient de dire que le programme a été fidèlement rempli, et le but complètement atteint. L'auteur qui, pour le dire en passant, est le champion convaincu de l'opération en un seul temps, ne se contente pas de donner sur ce point, comme sur bien d'autres, les raisons qui ont déterminé son choix, —et ces raisons me paraissent excellentes, - mais il expose avec soin, sans hâte et sans confusion, chaque partie de l'action, du drame qu'il s'agit de conduire à bonne fin. Il en règle exactement la mise en scène, et ici, pour le praticien, les moindres indications sont précieuses ; il prévient

les difficultés qu'on peut rencontrer, les complications qui peuvent surgir, les circonstances inattendues contre lesquelles il convient d'être en garde; il note les hésitations qu'éprouve, à certains moments, le chirurgien; les émotions qui l'assaillent et jusqu'aux troubles physiologiques, aux angoisses, provoqués par l'incertitude, par l'obscurité où l'on se trouve quelquefois plongé. Soyez sûr que le débutant qui ne pénétrera pas du premier coup dans la trachée se rappellera qu'en circonstance semblable, M. de Saint-Germain, en présence de M. Roger, fut, à ce qu'il raconte, baigné de sueur, et que ce souvenir lui donnera courage et reconfort. D'ailleurs, tout cela est exprimé dans un style imagé, précis, familier, avec tant de rondeur et de sûreté à la fois, qu'on est, du même coup, émerveillé, séduit, et surtout éclairé. A la fin de ces leçons, on se sent capable d'opérer comme le maître, et on se croit apte à parer à toutes les éventualités. Et c'est, justement, ce que le professeur a voulu. Il ne manque qu'une seule chose: c'est d'avoir fait soi-même quelques centaines de trachéotomies pour être convaincu qu'on aurait encore bien des choses à apprendre du chirurgien de l'hôpital des Enfants.

Je me borne à ces impressions générales. Je n'analyse rien; aussi bien, cela n'est guère possible. Il faut lire le texte même, et c'est ce qu'on ne manquera pas de faire. Le livre de M. de Saint-Germain deviendra le guide de tous les praticiens, médecins et chirurgiens, parce que les uns et les autres sont immédiatement et sans cesse consultés pour les maladies de l'enfance.

Je hasarderai, — pour revenir à mon rôle de critique, — deux très légères observations. La première s'adresse autant à l'éditeur qu'à l'auteur.

Dans les gravures anatomiques qui illustrent le volume, on a laissé subsister de nombreux numéros qui ne renvoient à aucune légende. Il eût suffi de conserver ceux qu'a utilisés l'auteur, et ils sont rares.

La seconde observation concerne certaines expressions, ou narquoises ou solennelles (on ne sait trop lequel) qui produisent parfois un étonnement singulier. Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, l'auteur dit, page 411 : « Les meilleurs gardes-malades, *je le déclare hautement*, sont les internes habitués à la trachéotomie. » Cela, bienveillant lecteur, ne vous fait-il pas le même effet que si je vous déclarais hautement que M. de Saint-Germain n'est pas un imbécile ? Ne trouve-

riez-vous pas inusitée et bien excessive cette manière d'énoncer une simple banalité comme celle-ci, à savoir que M. de Saint-Germain est prodigieusement spirituel ?

Car il l'est prodigieusement, et c'est là-dessus que je compte pour qu'il me pardonne d'avoir tant tardé à signaler son livre aux lecteurs de ce journal. Il fera comprendre à son éditeur que si tous les articles bibliographiques paraissaient le même jour, — le jour du fameux « vient de paraître » — ce serait comme s'il n'y avait qu'un seul article. Les retardataires sont précieux ; ils prolongent la musique et sont, en quelque sorte, le regain de la publicité.

HEMMEL.

FORMULAIRE

—

Topique du psoriasis buccal
(BESNIER).

Beurre de cacao.......... 10 gr.
Iodoforme................ 10 —

On fait avec cette composition une sorte de crayon dont les applications soulagent beaucoup.

—

Un mot sur le charbon.

M. Proust rapporte à l'Académie l'observation d'un boucher de la Villette qui put guérir au bout de trois jours d'un charbon à symptômes généraux graves ; le traitement avait consisté ladans cautérisation des deux pustules malignes au moyen de la pâte de Vienne et dans des injections sous-cutanées de teinture d'iode sur le pourtour des points primitivement envahis.

Un autre fait intéressant dans cette observation est l'étiologie de la pustule maligne. Ce boucher était occupé aux abattoirs à tuer et à dépécer des moutons russes, sur la peau desquels se trouvent des graines extrêmement pointues du *stipa tortilis*, une graminée commune dans ce pays. Lorsque le mouton, sans être infecté lui même, a été au contact d'animaux charbonneux les piquants du stipa forment un excellent moyen de transmission de l'affection.

—

Pommade contre la surdité.
(GRUBER).

Vératrine.......... 0 gr. 10 cent.
Iode métallique... . 0 — 025 mil.
Iodure de potassium 1 gramme.
Cérat de Galien..... 10 —

Mêlez. Trois fois par jour, pendant dix minutes environ, on frictionne, avec gros comme un pois de cette pommade, la région de l'apophyse mastoïde dans le cas de surdité provenant d'exsudation dans le labyrinthe. Si la peau commence à rougir, on cesse la friction pendant un ou deux jours.

—

De l'alun comme succédané de la quinine.

M. Pétroff a obtenu de bons résultats dans cinq cas de fièvre intermittente rebelle et, en particulier, chez des malades réfractaires à l'action de la quinine. M. Koltchewsky qui exerce la médecine dans un district où la malaria est commune, en fait usage contre des fièvres tierces ; l'alun va donc prendre un nouveau rang parmi les antipériodiques ; lorsque la quinine échouera, on aura recours à cet agent.

—

Chute des cheveux et pellicules du cuir chevelu

M. Dujardin-Beaumetz a prescrit, pour guérir cet inconvénient une solution dont nous nous sommes bien trouvés dans notre pratique journalière.

Chloral...........	5	grammes.
Eau distillée.......	100	—

Lotion tous les soirs avant de se coucher ; après quinze jours il ne se forme plus de pellicules, les cheveux cessent de tomber.

—

Sulfure de calcium contre la gale.

M. Dufau propose l'emploi en frictions de la mixture suivante :

Fleur de soufre......	100	parties.
Chaux éteinte......	200	—
Eau.................	1 000	—

Faites bouillir et agitez de temps en temps ; lorsque la masse est refroidie, on la décante dans une bouteille qui sera bien bouchée.

Le mode d'administrer consiste à mettre le patient dans un bain chaud; au sortir de la baignoire, on badigeonne la surface de son corps avec un pinceau trempé de la mixture ci-dessus ; on l'enveloppe ensuite dans des couvertures et on le transporte dans son lit. Par suite de la précipitation du soufre, la peau du patient présente bientôt une teinte analogue à celle des cobayes.

Les démangeaisons cessent tout aussitôt, et dans les cas bénins le malade est renvoyé comme guéri ; dans les cas graves, on est obligé de recourir à un second badigeonnage. S'il y irritation de la peau, on la fait cesser avec un bain alcalin.

Stanislas MARTIN.

VARIÉTÉS

LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES. — Nos lecteurs ont pris connaissance dans le numéro 26, du 27 décembre dernier, d'un article écrit par M. Julliard et contenant, contre un certain nombre de pharmaciens honorables des imputations que nous avons désavouées formellement dans une note insérée dans le n° 3 du 17 janvier, page 110.

M. Julliard ayant cru devoir user de son droit de réponse dans notre dernier numéro a déclaré, « qu'il n'avait dans sa pensée aucune allusion blessante pour le corps médical ». Mais l'article incriminé contenait surtout des attaques malveillantes et peu justifiées contre les pharmaciens spécialistes. La Rédaction tient à déclarer que non seulement elle ne peut s'associer à ces attaques, mais qu'elle dé-

sire cesser une discussion dont la prolongation fatiguerait inutilement ses lecteurs. Elle se voit donc obligée de se séparer de son collaborateur M. Julliard, dont elle ne partage pas les opinions.

Nous considérons donc cet incident comme terminé.

LUTAUD,
Rédacteur en chef.

RECTIFICATION. — NÉCROLOGIE.— Notre collaborateur, M. Delefosse, ayant annoncé la mort de M. le Dr *Danjoy* dans un compte-rendu annuel des travaux de la Société médicale du IXe arrondissement de Paris, nous recevons une demande de rectification très vive de la part du principal intéressé, ce qui prouve donc qu'il est vivant et bien vivant.

Les journalistes n'aiment pas en général reconnaître leurs erreurs. Mais nous devons convenir que jamais rectification ne nous a été plus agréable. Nous sommes donc heureux d'annoncer à nos lecteurs que notre excellent confrère et ami le Dr Danjoy n'est pas mort et de lui souhaiter de longues années d'exercice à la station de la Bourboule où il a su conquérir une haute situation.

— Par arrêté en date du 1er janvier 1885, M. le Dr Legendre, de St-Léger-sur-Beuvray a été nommé officier d'Académie.

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : Au grade de grand officier : M. Milne-Edwards (Henri), membre de l'Institut, doyen de la Faculté des sciences de Paris. — Au grade d'officier : M. le docteur Reliquet, médecin à Paris. — Au grade de chevalier : M. Planchon, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris; M. le Dr Bailly, médecin inspecteur des eaux de Bains ; M. le Dr W. D. Hogg, membre des commissions d'hygiène de la Seine.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 janvier 1885. —Présidence de M. J. BERGERON.

L'épidémie du choléra de 1884. — M. PROUST continue la lecture, commencée dans la dernière séance, d'extraits des rapports des médecins des épidémies ; il termine par les conclusions suivantes :

1° Le choléra a été importé dans les villes et villages cités.

2° L'eau a joué un rôle important dans la transmission.

3° L'intensité de l'épidémie a été en raison directe des conditions d'insalubrité du pays.

4° On peut attribuer en partie à l'emploi des mesures hygiéniques et des procédés de désinfection la cessation de l'épidémie dans les pays envahis.

M. JULES GUÉRIN signale deux erreurs, relativement à l'importation du choléra et à la simultanéité des cas de choléra sur divers points avant l'époque de la prétendue importation de l'épidémie.

L'accroissement de la population en France.—M. Ro-

CHARD. La population française, qui augmentait de 6,30 pour 1000 au commencement du siècle, n'augmentait plus que de 3,34 en 1879 ; actuellement l'augmentation n'est plus que de 2,47, et encore en déduisant le nombre des émigrés on n'arrive plus qu'à 1,65 pour 1,000.

Le faible accroissement de la population ne tient pas au petit nombre des mariages, car on se marie plus qu'au commencement du siècle. Mais d'autre part le nombre des enfants par ménage est de plus en plus faible. Cette faible natalité tient à une infécondité volontaire et à une infécondité absolument involontaire. Les doctrines de Malthus ne sont pas très connues en France, mais elles sont mises en pratique avec une sorte de férocité.

Dans les campagnes, c'est absolument le souci de la propriété qui limite la famille, dans les villes le surcroît de famille amène un surcroît de charges que l'on redoute.

Dans les classes élevées, il y a des considérations d'un autre ordre. On craint pour la jeune mère des fatigues, des dangers ; d'autre part, la grossesse déforme les femmes et empêche les relations sociales. Il est de mauvais goût d'avoir beaucoup d'enfants.

Cependant la France ne peut pas se reposer dans son activité alors que de toutes parts les nations sont en armes ; il faut que nous soyons prêts à toute heure à jeter un million d'hommes sur la frontière pour défendre nos droits et, pour cela, il ne faut pas laisser se tarir le vieux sang français.

Les carrières supérieures sont encombrées, tout le monde cherche à s'élever de son niveau, aussi l'agriculture est délaissée, les paysans ne demandant qu'à laisser la campagne pour la ville ; la population rurale, qui était les trois quarts de celle de la France autrefois, n'en est plus que les deux tiers.

On ne veut plus se livrer aux travaux pénibles, de là pour les patrons la difficulté de maintenir la concurrence, c'est une ruine pour le pays. Plus l'ouvrier gagne, moins il travaille, et ce n'est pas la famille qui en profite, c'est le cabaret.

On a proposé de revenir au droit d'aînesse, cela n'est pas possible. On parle de rendre au père de famille le droit de tester à sa guise. On a pensé aussi qu'il serait facile d'alléger les charges qui pèsent sur les grandes familles, mais les mesures législatives ne peuvent guère être que des palliatifs. Le mal est dans nos mœurs, et c'est sur l'opinion publique qu'il faut agir.

M. Le Fort signale l'influence du Code civil sur le faible accroissement de la population. En Allemagne une seule province n'augmente pas de population, c'est la province rhénane, dans laquelle on a conservé le Code civil français.

L'augmentation de la population anglaise a permis de créer dans le monde entier de nombreuses et florissantes colonies. En France nous n'avons pas l'esprit d'exportation des individus. Si la population, chez nous, augmentait beaucoup, nous finirions, comme dit Malthus, par nous manger les uns les autres. Aussi, étant données nos mœurs, il ne faut pas trop se plaindre du faible accroissement de notre population.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant étranger. Au premier tour de scrutin, sur 58 votants, majorité 30, M. Krassowski est élu par 33 voix contre 21 données à M. Panum et 3 à M. Sayre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 *janvier* 1885. — Présidence de M. Marc Sée.

Amputation du sein, réunion immédiate. — M. Polaillon, revenant sur la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance à ce sujet, déclare n'avoir eu qu'un seul décès postopératoire sur 37 ablations de tumeurs du sein. Il s'agissait d'une femme de trente-trois ans qui avait eu plusieurs bronchites, qui avait continuellement des quintes de toux et qui vit se développer dans le sein une petite tumeur à marche extrêmement rapide. Cette tumeur présentant tous les caractères d'un cancer, M. Polillon l'enleva aussi largement que possible. Les suites de cette opération furent d'abord des plus simples ; mais bientôt la température monta à 39 degrés, 39°,5 et le vingtième jour la malade succombait, sans érysipèle ni infection purulente, mais avec tous les caractères d'une phthisie galopante. L'autopsie montra en effet l'existence d'une énorme caverne au sommet du poumon gauche, autour de cette caverne et du côté opposé de l'infiltration tuberculeuse, sur la plèvre des deux côtés un semis tuberculeux, etc. C'est là le seul décès sur 37 opérations de tumeurs du sein qu'ait eu à déplorer M. Polaillon. Il ferme, autant que possible, ses plaies, a recours au drainage, à la méthode de Lister dans toute sa rigueur et au pansement ouaté.

M. Desprès. Si l'on se faisait une règle, même pour les plus petites tumeurs, d'enlever toute la mamelle, on se mettrait à l'abri des récidives pour deux ou trois ans. Il y a en effet tout intét, quand on opère une tumeur du sein, à enlever le plus de tis; possible. Or, quand on cherche la réunion par première intion, malgré soi on se préoccupe de garder plus de tissus, de inager la perte de substance pour favoriser cette réunion. Lors'il s'agit d'un sarcome du tibia, on ne se contente pas de désar-

ticuler le genou, on ampute la cuisse ; ce principe est aussi vrai pour les tumeurs du sein. Il est donc impossible d'accepter cette proposition de M. Trélat, à savoir que la récidive n'est pour rien dans la question de la réunion. La préoccupation de réunir la plaie porte forcément à ménager la perte de substance qu'il faut précisément faire aussi large que possible pour se mettre à l'abri des récidives prochaines.

M. Tillaux, pendant de longues années, a traité les tumeurs du sein par les pansements ouverts. Mais, depuis la méthode antiseptique, il fait la suture chaque fois qu'elle est possible C'est pour lui une question de principe : réunir le plus que l'on peut. Nos maîtres ne faisaient pas de drainage ; dans ces conditions, la réunion offrait des dangers ; mais avec le drainage et l'application de la méthode antiseptique, on se met à l'abri des accidents qu'on observait autrefois dans les plaies fermées. La réunion immédiate doit donc aujourd'hui être la règle chaque fois qu'elle est possible.

M. Trélat. Je ne puis laisser dire que chercher la réunion complète immédiate c'est s'exposer davantage aux récidives. Récemment encore, je faisais à la Charité une leçon clinique ayant précisément pour but de démontrer que le bienfait des ablations des tumeurs du sein reposait tout d'abord sur un diagnostic précose, sur une intervention prompte, radicale et aussi large que possible, sur l'ablation non seulement de toutes les parties malades, mais aussi de toute la glande mammaire, sur l'ablation, même préventive en quelque sorte, des ganglions de l'aisselle, etc., enfin sur la réunion immédiate primitive qui permet, chaque fois qu'elle est possible, d'obtenir une guérison beaucoup plus rapide. Dans ces conditions, peut-on admettre que la réunion favorise la récidive ! qu'elle expose aux accidents qu'on lui reproche ! Certainement, non.

M. Verneuil admet que la réunion immédiate, en tant que mode de pansement, n'influe en rien sur la récidive. Mais il n'est pas possible que MM. Trélat et Lucas-Championnière n'aient pas vu des cas de récidive de tumeurs du sein, dans lesquels on avait fait une première ablation de la tumeur par une petite boutonnière de la peau ; on avait enlevé le moins possible de tissus ; dans ces cas, la récidive s'était faite, après deux ou trois mois, dans la plaie. Sous pretexte d'aller vite, de guérir vite, de pratiquer une opération insignifiante, de rassurer les malades, on avait fait des opérations incomplètes et on avait laissé du cancer qui a récidivé dans la plaie.

M. Lucas-Championnière. Les adversaires de la réunion reprochent à ses partisans de ne pouvoir faire cette réunion que dans les petites opérations. C'est là une erreur ; ce n'est pas notre cas, et nous arrivons très bien à réunir après l'ablation de la totalité de la peau de la mamelle. C'est là une chose facile, nullement exceptionnelle. Ce sont, au contraire, les cas où la réunion n'est pas possible, qui sont exceptionnels. Quant à la récidive, on la voit apparaître aussi bien et aussi vite après les opérations faites à plat ; elle se présente dans tous les cas, quel que soit le procédé opératoire auquel on ait recours. Les larges plaies ouvertes ont un inconvénient qu'on a passé sous silence, c'est qu'elles laissent, après

leur cicatrisation, une rétraction telle, que beaucoup de malades ont bien de la peine à écarter le bras du tronc.

M. Lucas-Championnière déclare, quant à lui, qu'il fait toujours la réunion, qu'il n'a jamais d'accidents, jamais d'érysipèles. Il a vu quelquefois, rarement cependant, la réunion manquer, et voilà tout. Il n'a eu, pour toutes ces opérations de sein, que trois décès, dont deux causés par la pleurésie et un seul par le shock, dans un cas de cancer à marche très rapide.

M. Berger croit qu'il faut distinguer les cas, et qu'il n'y a pas de relation à établir entre l'amputation du sein pour un petit carcinome parfaitement limité, sans envahissement des ganglions ni de la peau, et l'ablation de ces énormes tumeurs ayant envahi toute la glande et compliquées de tumeurs ganglionnaires. Le pronostic opératoire est très différent dans ces cas, et le traitement diffère également. M. Berger n'a eu à déplorer que deux cas de mort : l'un, dans lequel il avait dû disséquer l'artère axillaire, est mort de pleurésie purulente ; la malade pouvait avoir contracté cette pleurésie en prenant froid dans l'amphithéâtre de la Charité ; l'autre a succombé à une phlébite purulente consécutive à la section de presque toutes les branches de l'axillaire. Il n'y a pas de comparaison à établir entre ces cas et les cas que l'on rencontre habituellement.

M. Polaillon se prononce en faveur de la réunion dans tous les cas.

Suture tendineuse. M. Schwartz présente un malade sur lequel il a pratiqué la suture des deux tendons extenseurs du pouce.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE.

Séance du 26 novembre 1884. — Présidence de M. Julliard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu, mis aux voix et adopté.

La correspondance manuscrite comprend : 1° Une lettre de M. Huchard, adressée à M. le Président, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance et priant M. Philbert de lire son rapport sur la candidature de M. le Dr Gouel ; M. Huchard a dû se rendre à la Société de Thérapeutique pour prendre date pour une communication ; 2° Une lettre de M. E. Michel, s'excusant de ne pouvoir venir présider la séance en raison d'un deuil récent ; 3° Des lettres de candidature de M. le Dr Eloy, présenté par MM. Huchard et Philbert, et de M. Boymond, pharmacien, présenté par MM. Michel et Vigier; 4° Une lettre de M. Deniau, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Les mémoires et bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux* (3° et 4° fascicules 1883) : en raison de l'importance de cette publication, M. Gilson est chargé de faire un rapport sur cet ouvrage ; 2° *Le bulletin des sciences médicales de Gannat* : compte rendu des travaux de l'année 1883-84, M. Leblond est nommé rapporteur ; 3° Une thèse intitulée : *Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus* d'a

ticuler le genou, on ampute la cuisse ; ce principe est pour les tumeurs du sein. Il est donc impossible d'ac proposition de M. Trélat, à savoir que la récidive n'e dans la question de la réunion. La préoccupation de r porte forcément à ménager la perte de substance qu sément faire aussi large que possible pour se mett récidives prochaines.

M. Tillaux, pendant de longues années, a tı du sein par les pansements ouverts. Mais, depu septique, il fait la suture chaque fois qu'elle pour lui une question de principe : réunir le Nos maîtres ne faisaient pas de drainage ; dan réunion offrait des dangers ; mais avec le dr de la méthode antiseptique, on se met à l'al observait autrefois dans les plaies fermées. doit donc aujourd'hui être la règle chaque

M. Trélat. Je ne puis laisser dire que c plète immédiate c'est s'exposer davantag ment encore, je faisais à la Charité précisément pour but de démontrer qu des tumeurs du sein reposait tout précose, sur une intervention promp possible, sur l'ablation non seulem des, mais aussi de toute la glan même préventive en quelque sort enfin sur la réunion immédiate p qu'elle est possible, d'obtenir un Dans ces conditions, peut-on a récidive ! qu'elle expose aux tainement, non.

M. Verneuil admet que mode de pansement, n'in n'est pas possible que MM. pas vu des cas de récidive avait fait une première ab tonnière de la peau ; on dans ces cas, la récidive dans la plaie. Sous prete quer une opération insi tait des opérations inco récidivé dans la plaie.

M. Lucas-Championnière chent à ses partisans les petites opérations. et nous arrivons très la peau de la mamelle tionnelle. Ce sont, au possible, qui sont e apparaître aussi bien elle se présente dans toire auquel on ait r vénient qu'on a pas

·PITAUX

M. le Dr H. CELLARD.

	Jours de consultation.	Opérations, examen au spéculum, laryngoscope, etc.	Leçons cliniques.
ı.	Mardi.		L.mercr.v.
	Mercredi.		
	Vendredi.		Jeudi.
	Jeudi.	Spéculum j.	Mardi.
	Samedi.		
	Lundi.		
..ie.	L. mercr. v.	Opér. m. j. s.	Mard. j. s.
	Mardi j. s.	Mercredi.	Mercredi.
	tous les j.	Ophthalm. mercr.	L. vendr.
	Mercredi.	Speculum vendr.	Mardi sam.
-Dieu.	Lundi.		
	Lundi.	Spéculum mercr.	
	Jeudi.	Spéc. mardi.	
Louis.	Mardi.	Spéculum jeudi.	
i.	Vendredi.		
..ne.	Mardi j. s.	Lundi mercr. v.	L. mercr.v.
	L. mercr. v.	Conférence le jeudi	Mercredi.
	tous les j.		
	Mercredi.	Jeud.l.au lit du mal	Mardi sam.
	Mardi.	Spéculum jeudi.	
	Jeudi.	Spéculum sam.	Jeudi.
	Lundi.	Spéculum mardi.	
	Vendredi.	Spéculum jeudi.	
..uc.), Monneret.	Samedi.	Spéculum jeudi.	Jeudi.
..e.	Mardi j. s.	Lundi mercr. vend.	L. mercr.v.
	L. merc. v.	Mardi jeudi sam.	
..délaïde, la Terrasse.	Jeudi.	Spéculum samedi.	Lund.vend.
.., Ste-Anne.	Lundi.	Spéculum lundi.	
..e-Thérèse, Ste-Eugénie.	Mercr.		
..-Eulalie.	Mardi.	Spéc. lundi jeudi.	
Ste-Marie.	L. mercr. v.	Mardi, jeudi, sam.	Mardi jeud.
Ste-Cécile, St-Vincent.	Mardi, j. s.	Mercredi, sam.	Mercr.
	Jeudi.	Spéculum jeudi.	Mardi, j. s.
..ostan (varioleux).	Vendredi.	Spéculum, lundi.	
Andral, Barth.	Jeudi.	Spéc. mardi, sam.	
..rt, Marjolin, Roux (crèche).	Lundi.	Spéculum samedi.	
..ais, Lorain.	Dimanche.	Laryngosc. lundi.	
..adie, Grisolle.	Mercredi.	Spéculum vendredi.	
..ld, Nélaton.	Samedi.	Spéculum mardi.	
..el, Bichat, Malgaigne.	Mardi.	Spéculum jeudi.	
..oleux.			
..uytren, Velpeau, Lisfranc.	Mardi j. s.	Opérat. mercr.	
..ca, Cruveilhier, Blandin.	Lundi m. v.	Mercred. ophth.	
-Claire, St-Jérôme.	Samedi.		
..-Joséphine, St-Vincent.	Vendredi.	Spéculum mercr.	
..e-Mathilde, St-Landry.	Jeudi.		
..te Elisabeth, St-Henri.	Mercredi.		
..te-Marie, St-Charles	Mardi.	Laryng. mer. jeudi	
..te-Geneviève, Ste-Marthe (bis).	Lundi.	Spéc. mer.	
..ste-Marthe, St-Ferdinand, St-Honoré.	L. mercr. v.	Oper. jeudi.	Jeudi.
..Ste-Jeanne, St-Louis, St-Augustin.	Mardi j. s.	Opér. mer.	
..Ste-Anne.	t. les mat.		
St-Louis, Ste-Marthe.	Vend. lundi.	Spéc. jeudi.	
Ste-Claire, St-François.	Mard. sam.		
Beaujon, Ste-Monique.	Lundi jeudi.		
St-Jean, Ste-Hélène.	Mercr. sam.		
2e pavillon, Ste-Agathe.	L. mer. v.	Spéc. jeudi samedi, opérat. mardi.	
Ste-Clotilde, 1er pavillon.	Mardi j. s.	Oreilles jeudi.	
Ste-Paule.			
St-Jean, St-Philippe. Ste-Marie.	L. mercr. v.		Mardi vend.
Chauffard, Woillez, Bau, Briquet, Blache.	Mardi j. s.	Spéculum vend.	L. mercredi
St-Jacques, Cochin, baraques.	tous les jours	Mardi samedi.	Mardi j[illegible]
..accouchements.			Jeudi.

près la méthode du Dr Apostoli, par le Dr Carlet, ouvrage offert à la Société par M. Apostoli : M. Tripet est nommé rapporteur; 4° Cinq numéros de la *Revue médicale Francaise et étrangère*, et un numéro du *Bulletin médical du Nord*.

La parole est à M. Rœser, pour la lecture de son rapport sur la candidature du Dr Bonnot. Le rapport conclut à l'admission du candidat.

Le rapport moral verbal, présenté par M. Leblond, conclut dans le même sens.

M. Philbert communique le rapport de M. Huchard sur la candidature de M. le Dr Gouël : ce rapport conclut à l'admission.

Le rapport moral verbal présenté par M. Gandil conclut dans le même sens.

La parole est à M. Thorens, pour la lecture de son rapport sur la candidature de M. Schwartz : le rapport conclut à l'admission (renvoyé au Comité de publication).

Le rapport moral verbal, présenté par M. Bonnefoy, conclut dans le même sens.

M. Cyr donne lecture d'un rapport sur la candidature de M. le Dr Olive, de Nogent-sur-Seine (Aube), au titre de membre correspondant. Le rapport conclut à l'admission du candidat.

Sont nommés rapporteurs pour les candidatures annoncées au commencement de la séance dans la lettre de M. Ed. Michel.

Pour la candidature de M. le Dr Eloy : rapporteur scientifique M. Huchard.

Rapporteurs moraux : MM. Philbert et Deniau.

Pour la candidature de M. Boymond : rapporteur scientifique M. Julliard.

Rapporteurs moraux : MM. Collineau et Lutaud.

L'ordre du jour appelle la nomination d'une commission pour changer le jour de la réunion mensuelle de la Société.

Sont nommés : MM. Huchard, Rougon, Philbert, Finot et Collineau.

Les différents votes sur les candidatures des docteurs Bonnot, Schwartz, Gouël et Olive donnent *oui* à la majorité des suffrages.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Le secrétaire annuel,
Dr Tripet.

CLINIQUES DES HOPITAUX

Ce tableau a été préparé par les soins de M. le Dr H. CELLARD.

Médecins et Chirurgiens. — Heures de visite.	Salles.	Jours de consultation.	Opérations, examen au spéculum, laryngoscope, etc.	Leçons cliniques.
G. Sée, méd., 8 h. 1/2.	St-Christophe, Ste-Jeanne, St-Joseph.	Mardi.		L.mercr. v.
Hérard, méd., 8 h. 1/2.	St-Charles, Ste-Madeleine.	Mercredi.		
Moutard-Martin, m., 9 h.	St-Augustin, Ste-Monique.	Vendredi.		Jeudi.
Gallard, méd., 9 h. 1/2.	St-Louis, Ste-Marie.	Jeudi.	Spéculum j.	Mardi.
Vulpian, méd., 8 h. 1/2.	St-Denis, Ste-Martine.	Samedi.		
...mpis, méd. 8 h.	St-Thomas, Ste-Anne.	Lundi.		
Richet, chir., 9 h.	St-Jean, St-Landry, Notre-Dame.	L. mercr. v.	Opér. m. j. s.	Mard. j. s.
...., chir., 8 h. 1/2.	St-Côme, Ste-Marthe.	Mardi j. s.	Mercredi.	Mercredi.
...as, opht., 9 h.	St-Julien, Ste-Agnès.	tous les j.	Ophthalm. mercr.	L. ven.dr.
Hardy, méd., 8 h. 1/2.	St-Charles, Ste-Anne.	Mercredi.	Speculum vendr.	Mardi sam.
...ter, méd., 9 h.	Ste-Madeleine, St-Jean-de-Dieu.	Lundi.		
Laboulbène, méd., 9 h.	Ste-Marthe, St-Michel.	Lundi.	Spéculum mercr.	
Desnos, méd., 9 h.	St-Félix, St-Vincent.	Jeudi.	Spéc. mardi.	
...rnutz, méd., 9 h.	Ste-Julie, St-Basile, St-Louis.	Mardi.	Spéculum jeudi.	
Féréol, méd., 9 h.	St-Joseph, St-Ferdinand.	Vendredi.		
Trélat, chir., 8 h.	Ste-Vierge, Ste-Catherine.	Mardi j. s.	Lundi mercr. v.	L. mercr. v.
Duprés, chir., 9 h.	Ste Rose, St-Jean.	L. mercr. v.	Conférence le jeudi	Mercredi.
...din, accoucheur, 9 h.	Ste-Marie.	tous les j.		
...ccoud, méd., 9 h.	Jenner, Laennec.	Mercredi.	Jeudi, l. au lit du mal	Mardi sam.
Dumontpallier, m. 8 h. 1/2	Valleix, Serres.	Mardi.	Spéculum jeudi.	
Lancereaux, méd. 8 h. 1/2	Piorry, Lorain.	Jeudi.	Spéculum sam.	Jeudi.
Brouardel, méd., 8 h. 1/2	Trousseau, Rayer.	Lundi.	Speculum mardi.	
...ail, méd., 9 h.	Grisolle, Rostan.	Vendredi.	Speculum jeudi.	
...dhoui, méd., 8 h. 1/2.	Cruveilhier (accouc.), Monneret.	Samedi.	Spéculum jeudi.	Jeudi.
Verneuil, chir., 9 h.	Michon, Lisfranc.	Mardi j. s.	Lundi mercr. vend.	L. mercr. v.
...aillon, chirur., 9 h.	Gerdy, Broca.	L. merc. v.	Mardi jeudi sam.	
...ain, méd., 8 h. 1/2.	St-Luc, Ste-Adélaïde, la Terrasse.	Jeudi.	Spéculum samedi.	Lund. vend.
...gal, méd., 9 h.	St-Ferdinand, Ste-Anne.	Lundi.	Spéculum lundi.	
..., méd., 9 h.	St-Louis, Ste-Thérèse, Ste-Eugénie.	Mercr.		
...ia, méd., 9 h.	St-Jean, Ste-Eulalie.	Mardi.	Spéc. lundi jeudi.	
...ert, chir., 9 h.	St-Pierre, Ste-Marie.	L. mercr. v.	Mardi, jeudi, sam.	Mardi jeud.
...yen (voies urin.), 9 h.	St-André, Ste-Cécile, St-Vincent.	Mardi, j. s.	Mercredi, sam.	Mercr.
...et, 8 h. 1/2.		Jeudi.	Spéculum jeudi.	Mardi, j. s.
...rand, méd., 9 h. 1/2.	Arran, Rostan (varioleux).	Vendredi.	Spéculum, lundi.	
...lafoy, méd., 8 h. 1/2	Louis, Andral, Barth.	Jeudi.	Spec. mardi, sam.	
...estre, méd., 9 h.	Corvisart, Marjolin, Roux (crèche).	Lundi.	Spéculum samedi.	
...rieux, méd., 9 h.	Broussais, Lorain.	Dimanche.	Laryngosc. lundi.	
...yem, méd., 8 h. 1/2.	Magendie, Grisolle.	Mercredi.	Spéculum vendredi.	
...sen, méd., 9 h.	Axenfeld, Nélaton.	Samedi.	Spéculum mardi.	
...et, méd., 9 h.	Chomel, Bichat, Malgaigne.	Mardi.	Spéculum jeudi.	
...stel, méd., 9 h.	Varioleux.			
...s, chir., 8 h. 1/2.	Dupuytren, Velpeau, Lisfranc.	Mardi j. s.	Opérat. mercr.	
...er, chir., 8 h. 1/2.	Broca, Cruveilhier, Blandin.	Lundi m. v.	Mercred. ophth.	
...s, méd., 8 h. 1/2.	Ste-Claire, St-Jérôme.	Samedi.		
...et, méd., 9 h.	Ste-Joséphine, St-Vincent.	Vendredi.	Spéculum mercr.	
...rd, méd., 9 h.	Ste-Mathilde, St-Landry.	Jeudi.		
...Paul, méd., 9 h.	Ste-Elisabeth, St-Henri.	Mercredi.		
..., méd., 9 h.	Ste-Marie, St-Charles	Mardi.	Laryng. mer. jeudi	
...Roze, m., 8 h. 1/2.	Ste-Geneviève, Ste-Marthe (bis).	Lundi.	Spéc. mer.	
...y, chir., 8 h. 1/2.	Ste-Marthe, St-Ferdinand, St-Honoré.	L. mercr. v.	Oper. jeudi.	Jeudi.
...ger, chir., 8 h. 1/2.	Ste-Jeanne, St-Louis, St-Augustin.	Mardi j. s.	Opér. mer.	
...rd, accouch., 9 h.	Ste-Anne.	t. les mat.		
...d, méd., 8 h. 1/2.	St-Louis, Ste-Marthe.	Vend. lundi.	Spéc. jeudi.	
..., médecin, 9 h.	Ste-Claire, St-François.	Mard. sam.		
...ult, méd., 9 h.	Beaujon, Ste-Monique.	Lundi jeudi.		
..., méd., 8 h. 1/2.	St-Jean, Ste-Hélène.	Mercr. sam.		
..., chir., 8 h. 1/2.	2e pavillon, Ste-Agathe.	L. mer. v.	Spéc. jeudi samedi, opérat. mardi.	
..., chir., 8 h. 1/2	Ste-Clotilde, 1er pavillon.	Mardi j. s.	Oreilles jeudi.	
...t, acc., 9 h.	Ste-Paule.			
...y, méd., 8 h. 1/2.	St-Jean, St-Philippe, Ste-Marie.	L. mercr. v.		Mardi vend.
...-Baumetz, méd.	Chauffard, Woillez, Bau, Briquet, Blache.	Mardi j. s.	Spéculum vend.	L. mercredi
...ger, ch., 8 h. 1/2.	St-Jacques, Cochin, baraques.	tous les jours	Mardi samedi.	Mardi jeudi
...., acc., 8 h. 1/2.	Service d'accouchements.			Jeudi.

CLINIQUES DES HOPITAUX.

	Médecins et Chirurgiens. — Heures de visite	Salles.	Jours de consultation.	Opérations, examen au spéculum, laryngoscope, etc.	Leçons cliniques.
Tenon.	N..., méd., 9 h.	Bichat, Magendie, Laennec.	Mercredi.	Spéculum samedi.	
	Strauss, méd., 9 h.	Andral, Béhier, Claude Bernard.	Mercredi.		
	Troisier, méd., 8 h. 1/2.	Gerando.	Lundi.		
	Landouzy, méd., 8 h. 1/2.	Lelong, Bouillaux, Valleix (crèche).	Vendredi.	Spéculum vendr.	
	Du Castel, méd., 9 h.	Lorain, Parrot, M. Raynaud.		Spéculum vendr.	
	Hanot, méd., 9 h. 1/2.	Bichat, Couverchel, Tenon (varioleux).	Jeudi.		
	Dreyfus-Brissac, m., 9 h.		Samedi.	Spéculum samedi.	
	Lacombe, méd., 9 h.	Tenon (varioleux), Couverchel.			
	Gilette, chir., 9 h.	Dupuytren, Monthyon, Seymour.	Mardi j. s.	Opér. lundi, mercr.	
	Lucas-Championnière.	Velpeau, Nélaton, Boyer Wallace Lisfranc	L. mercr. v.	Opérat. mardi jeudi	
	Maygrier, acc., 9 h. 1/4.	Baudelocque.	Lundi.		
Laënnec.	Ball, méd., 9 h.	Béhier, Broca, Piorry, etc.	Lundi vend.		Lundi.
	Damaschino, 9 h.	Trousseau, Bayle, Louis, etc.	Mardi sam.		Vendredi.
	Ferrand, méd., 8 h. 1/2.	Legroux, Cruveilhier, Quesnay, etc.	Mercr. vend.		Jeudi.
	Legroux, méd., 9 h.	Cl. Bern., Grisolle, Chomelle. Rostan.	Jeudi.	Spéculum lundi.	Mercredi.
	Nicaise, chir., 8 h. 1/2.	Malgaigne. Chassaignac, Boyer.	tous les jours	Spéculum vendredi	Samedi.
Bichat	Huchard, méd., 9 h.	Andral, Récamier.	L. mercr.	Spéculum vendredi.	Dim. 10 h.
	Gouguenheim, méd., 9 h.	Louis, Bazin.	Mardi j. s.	Laryng. vendredi.	
	Terrier, chir., 9 h.		tous les jours	Ophthalm. jeudi.	
Trousseau.	Trihoulet, méd., 8 h.	Barrier, Blache, pavillon Bretonneau.	Lundi jeudi	Teigne le mardi.	
	D'Heilly, méd., 8 h.	Valleix, Bouvier, Gilette,	Mercr. sam.	Teigne le mardi	Mercredi.
	Cadet de Gassicourt.	Legendre, Lugol, Bazin.	Mardi vend.	Teigne le samedi	
	Lannelongue, ch., 8 h.	Denonvilliers, Giraldes.	tous l. jours.		
Enf.-malades.	Joffroy, agrégé, 9 h.	St-Thomas, Ste-Geneviève, Ste-Catherine	Lundi.		Mard.
	A. Ollivier, m., 8 h. 1/2.	Ste-Elisabeth, Ste-Anne, Ste-Luce.	Jeudi.		Lundi.
	Labric, méd., 8 h. 1/2.	St-Jean, St-Louis.	Vendredi.		
	J. Simon, méd., 8 h. 1/2.	Ste-Marie, Ste-Thérèse.	Samedi.		Mercr.
	Descroizilles, m., 8 h. 1/2	St-Ferdinand, St-Augustin.	Mardi.		Vendre
	De Saint-Germain, ch 8 1/2	St-Joseph, St-Côme, Ste-Pauline et Ste-Marthe.	Lundi mardi. vend. sam.	Opérat. mardi jeudi samedi.	Jeudi.
Enf. Ass.	Blachez, méd., 9 h.				Mardi
	Guéniot, chir., 8 h.	Enfant-Jésus, St-Augustin, Nourrices.			Lundi
Saint-Louis.	Hallopeau, méd., 9 h.				
	Lailler, méd., 8 h. 1/2.	Pavillon Bazin, Lugol.	Mercredi.	Teigneux le samedi	Vendre
	Vidal, méd., 9 h.	Alibert, Devergie, Gabrielle.	Mardi.	Scar. jeudi.	Mercre
	Guibout, méd., 9 h.	Bichat, Henri IV.	Vendredi.	Spéculum samedi.	Lundi.
	Ernest Besnier, méd., 9 h.	Cazenave, Gibert.	Lundi.	Jeudi Opér. derm.	Mardi.
	Fournier, méd., 8 h.	St-Louis, Henri IV.			
	Péan, chir., 9 h. 1/2.	Cloquet, Nélaton, Denonvilliers.	L. mercr. v.	Opérat. samedi.	Samedi
	Le Dentu, chir., 9 h.	Denonvilliers, Cloquet.	Mardi j. s.	Opérat. mercredi.	Mercr.
	Porak, accoucheur, 9 h.	Paul Dubois.	t. les jours.		Jeudi.
Midi	N..., méd., 9 h.	Salles I, II, III, IV, V.	Lundi jeudi.		
	Mauriac, méd., 9 h.	Salles VI, VII, VIII.	Mardi vend.		Samedi
	Horteloup, chir., 9 h.	Salles IX, X, XI, XII.	Merc. sam.	Lundi, merc. vendr.	
Lourcine.	Hutinel, méd.	Astruc, Bouley, Goupil.	Jeudi.	Laryng. lundi.	Lundi.
	Martineau, méd.	Nathalis Guyot, Cullerier.	Mardi.	Lundi vendredi.	Mercr.
	Pozzi, chir.	Fracastor, Pascal, Van Swieten.	Samedi	Lundi.	Lundi
La Salpêtrière.	Charcot, méd., 9 h. 1/2.	Clin. des maladies du système nerveux	Mardi.		Merc.
	Luys, méd.	Pinel, Barth, Louis, Broca.	Mercredi.		
	Legrand du Saulle, alién.	Ferrus, Marc, Morel, Belhomme.	Samedi.		Dim
	Falret, aliénés.	Félix Voisin, Seguin, Marcé.	Lundi.		
	A. Voisin.		Vendredi.		Dim.
	Terrillon. chir.		Jeudi.		
St-Anne.	Ball, professeur, 10 h.	Clinique des maladies mentales.	Mardi 10 h.		J..
	Dagonet.	Service des hommes.			
	Bouchereau.	Service des femmes.			
	Magnan.	Bureau central d'admission.			

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André;
Maison spéciale pour journaux et Revues.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

143. — Bon poste médical à prendre dans Indre-et-Loire. Pays riche, résidence agréable. Produit 7 à 8.000 fr. susceptible d'augmentation.— S'adresser au bureau du journal.

142.—Position médicale à prendre à Rabodanges, par Putanges (Orne). — S'adresser pour renseignements à M. Genu, notaire, maire de Putanges.

141.— On demande un médecin de colonisation à Gouraya, près Alger. Il y a un traitement fixe.— S'adresser au maire du pays.

140.— Clientèle médicale à céder immédiatement dans un riche chef-lieu de canton du Rhône ; la population totale de ce canton est de 15,000 habitants et il n'y a qu'un seul docteur pour la servir. — S'adresser pour les renseignements à M. Bourneville, 14, rue des Carmes, Paris.

139.— Le Conseil municipal de la ville de Relizane, arrondissement de Mostaganem (province d'Oran), a voté une indemnité annuelle de 1,500 francs pour le docteur en médecine qui voudrait s'installer dans cette ville. Cette ville compte plus de 5.000 habitants d'origine européenne. Les candidats doivent adresser leur demande à M. le Maire de Relizane. (*Courrier médical.*)

138. — Un confrère de province désirerait reprendre dans la banlieue de Paris, une clientèle d'un rapport de 8 à 9.000 fr. Préférerait situation toute faite avec un fixe si possible et surtout résidence agréable.— S'adresser au bureau du journal.

137. — Une dame veuve sans famille, ayant été directrice d'une maison de santé et pourvue des meilleures recommandations, sollicite en ce moment un emploi de ce genre ou pour tenir la maison particulière d'un docteur.

Ecrire à Madame Lainé, 9, rue Aubriot.

136. — Bon poste médical à prendre dans le département de Maine-et-Loire ; le médecin qui y viendrait aurait gratis une maison avec jardin et prairie y attenant et une indemnité les deux premières années. — S'adresser pour tous renseignements à M. le Dr Deschamps, à St-Patrice (Indre-et-Loire).

135.— Bon poste médical à prendre, à une heure et demie de Paris (Seine-et-Marne). Conviendrait à un jeune médecin.— S'adresser au bureau du journal.

134.— Un Docteur ayant 20 ans de pratique, pouvant disposer d'un certain capital, désirerait la direction d'un établissement thermal ou hydrothérapique situé dans le midi ou dans la région pyrénéenne. — S'adresser au bureau du journal.

133. — A céder bonne clientèle d'un produit de 10.000 francs et susceptible d'augmentation dans un chef-lieu de canton sur la ligne de l'Ouest (Maine-et-Loire). Conditions très avantageuses. — S'adresser au bureau du journal.

132. — Bonne clientèle médicale à vendre dans un chef-lieu de canton de l'Yonne. Communes rapprochées, routes faciles, chemin de fer, pas de pharmacien.—Toutes facilités pour le paiement. Le titulaire désire vendre par raison de santé.— S'adresser au bureau du journal.

131.— Un confrère désirerait reprendre à Paris dans un quartier du centre, une clientèle d'un produit de 25 à 30.000 francs. — S'adresser au bureau du journal.


Portoir articulé.

5e Année. — T. VIII. N° 6 7 Février 1885.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LA STAPHYLORRHAPHIE ; LA PRÉTENDUE DÉPOPULATION DE LA FRANCE.

Le professeur Trélat est revenu sur quelques points de sa récente communication au sujet de la staphylorrhaphie, et surtout pour montrer les excellents résultats que peut donner cette opération au point de vue phonétique. A l'appui de son assertion, il a présenté un jeune Roumain opéré par lui, et en entendant cet étranger adresser avec une prononciation très nette des remerciements à son chirurgien, l'assistance a constaté et témoigné par ses applaudissements combien ce résultat lui paraissait remarquable.

FEUILLETON

UN CHIEN PEUT-IL AVOIR AVEC UN HOMME

DES RAPPORTS DE L'ORDRE DE CEUX QUI CONSTITUENT DANS L'ESPÈCE HUMAINE L'ACTE DE PÉDÉRASTIE

Par MM. H. Bouley et P. Brouardel.

(*Suite et fin.*)

Ces considérations générales exposées, si j'examine maintenant le fait particulier qui les a motivées, je suis conduit à l'affirmation absolue que l'accusation portée contre M. B... ne saurait trouver son appui dans la realité, et voici la raison de cette opinion très fermement formulée.

a. D'abord M. B... est de très grande taille et de très forte corpulence ; et le chien, que les témoins prétendent avoir vu *cramponné à son derrière*, est un chien de chasse mi-épagneul. Etant donné la taille ordinaire d'un chien de chasse et la longueur des cuisses de M. B... on peut affirmer qu'il n'y a pas possibilité que

Après un long et consciencieux rapport de M. Guéniot sur le prix Capuron, MM. Lunier et Le Fort ont repris la question de la dépopulation en France et montré ce fait paradoxal qu'il n'y a rien de plus incertain qu'une science qui s'appuie sur des chiffres. C'est en invoquant la statistique que MM. Lagneau, Rochard et Lunier ont montré que la France marchait d'un bon train dans la voie de la dépopulation : c'est aussi avec l'appui de la statistique que le professeur Le Fort a montré la population tendant à s'augmenter très sensiblement depuis 12 ans.

Aussi a-t-il pu jeter quelques teintes claires, un peu d'espérance même, sur le tableau un peu poussé au noir qu'avaient présenté les précédents orateurs. Peut-être surgira-t-il à la prochaine séance un autre statisticien qui prouvera, toujours avec les chiffres, que les premiers avaient raison, que le dernier n'avait pas tort, et que la statistique est l'art de faire dire aux chiffres tout ce qu'on veut. —*Quod erat demonstrandum.*



le chien en se dressant sur ses deux pattes de derrière ait élevé son pénis à la hauteur voulue pour qu'il correspondit à l'orifice anal de son maître et que conséquemment on ait pu voir ce chien « *introduisant sa verge dans l'anus du dégoûtant personnage* », comme l'affirme un des témoins.

Il n'est pas possible non plus qu'on ait pu voir ce chien *cramponné à son derrière*, car M. B... est d'une très forte corpulence, et le grand diamètre de son corps constitue un obstacle absolu à ce qu'un chien de chasse ait pu l'embrasser avec ses deux membres antérieurs et l'étreindre étroitement pour se donner le point d'appui qui est la condition *sine qua non* pour qu'un chien puisse se livrer aux efforts de l'intromission pénienne. Impossible donc que dans de telles conditions le chien ait pu être vu « *cramponné et introduisant sa verge dans l'anus* », comme cela est affirmé. L'impossibilité est matérielle.

b. Maintenant une autre raison doit être invoquée pour montrer cette impossibilité. Le chien que l'on prétend avoir vu *cramponné et en fonction* est un chien de chasse, c'est-à-dire un chien qui n'appartient pas à la catégorie des chiens familiers, chez lesquels le sentiment affectueux se traduit quelquefois par un éréthisme des organes génitaux. En outre, le chien est déjà vieux.

REVUE CLINIQUE

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES POLYPES UTÉRINS.

Présentation de pièces, par M. Jude Hue (1).

L'utérus est, de tous les organes, celui qui semble le plus sujet aux hyperplasies bénignes ou malignes, pédiculées ou non. Pour ne nous occuper que des premières, des polypes, on les trouve sur toute sa surface. Ils sont constitués par l'hypergénèse d'un ou de plusieurs des éléments du tissu utérin, éléments isolés ou combinés en nombre et surtout en proportion variable. Aussi, toutes les tentatives qu'on a faites, depuis Levret seulement — 1771 — jusqu'à nos jours pour les faire rentrer dans une classification rigoureuse ont-elles été multipliées, ce qui veut dire imparfaites. En dehors du polype fibreux classique, du fibrome que la paroi musculaire a enucléé comme un noyau comprimé entre les doigts et qui est descendu coiffé et suivi

(1) Communication faite à la Société de médecine de Rouen, dans sa séance du 12 janvier 1885.

Conséquemment il était de *sens rassis*, et l'on ne saurait admettre que son maître *accidentel*, car ce chien n'appartient pas à M. B.... ait pu produire sur lui l'excitation qui résulte des effluves de la chienne en chaleur, et le mettre dans les conditions nécessaires pour que la copulation fût possible.

c. J'ajouterai maintenant que s'il était vrai, comme l'a affirmé l'un des témoins dans sa *première* déposition, que le chien « *eût introduit sa verge dans l'anus de l'homme* », il ne s'en serait pas tenu à l'intromission de l'extrémité seulement, et que déterminé par la sensation voluptueuse qu'il aurait éprouvée, il eût poussé plus avant, comme il fait avec sa femelle ; et qu'alors l'accollement entre le chien et l'homme eût été complet et persistant pendant le temps nécessaire pour la cessation de l'éréthisme.

Ainsi, par cela même que l'acte n'a pas été vu achevé, on peut affirmer qu'on ne l'a pas vu commencer.

Aussi bien, du reste, la discordance qui existe entre les affirmations émanant du même témoin, suivant qu'il dépose devant la gendarmerie ou devant le juge d'instruction, prouve qu'il est bien difficile d'établir une réalité sur ce qu'il prétend avoir vu. Devant la gendarmerie il affirme avoir vu le chien *cramponné* au derrière de son maître, faisant les mêmes mouvements qu'il aurait

par la muqueuse, il y a peu de précision dans les autres termes des divisions des auteurs.

En réalité, il serait difficile qu'il en fût autrement. La muqueuse utérine qui sans doute donne naissance à tous les polypes autres que les polypes fibreux, est d'une structure très compliquée avec son tissu connectif, son épithélium, son stroma adénoïde, ses glandes, et, comme on discute encore sur les conditions normales et les changements physiologiques que subit cette membrane, on ne peut s'étonner que ses proliférations pathologiques ne soient point toutes bien élucidées.

Aussi, dans l'impossibilité actuelle de classifier scientifiquement les polypes — de texture et d'apparence si variables — dont la muqueuse utérine peut être le point de départ, j'aimerais mieux, me plaçant au point de vue purement clinique, n'en faire qu'une classe et les ranger tous sous la dénomination de *muqueux* à laquelle, comme pour les polypes fibreux, il faudrait ajouter le lieu de leur implantation par rapport à l'orifice interne. Ainsi :

Polypes fibreux	du corps. du col.
Polypes muqueux	du corps. du col.

---

faits avec une chienne et *par ce moyen introduisant sa verge dans l'anus du dégoûtant personnage.*

Devant le juge d'Instruction, le même témoin déclare « qu'il a vu le chien, non plus *cramponné*, mais *monté* sur le derrière de l'homme, dans la position d'un chien qui accomplit l'acte charnel avec une chienne ». Mais ce témoin qui n'avait pas hésité à affirmer « qu'il avait vu le chien introduisant sa verge dans l'anus de l'homme » fait au juge d'instruction cette déclaration contradictoire de la première que, dans l'endroit où il se trouvait, « il lui était impossible de voir si le membre viril du chien était introduit dans l'anus de l'individu » ?

Quelle foi ajouter aux affirmations d'un homme qui sur un même point de fait se met si complètement en contradiction avec lui-même ?

Je dois maintenant ajouter que sa deuxième déposition témoigne, sans qu'il s'en doute, contre sa véracité.

Si, comme il le prétend, il a vu le chien non plus cramponné, ce qui était matériellement impossible, mais *monté* sur le derrière de l'homme, cela veut dire simplement que l'animal y avait pris son appui par ses deux pattes de devant. Or dans cette attitude il était forcément éloigné de l'homme de toute la longueur de ses

Les symptômes, les indications, les moyens et les dangers d'exérèse sont très différents, en effet, dans l'un ou l'autre de ces cas.

Il y a quelques années, j'ai entretenu la Société de médecine des polypes fibreux du corps et du col de l'utérus (1) et lui en ai présenté un bon nombre de spécimens. Aujourd'hui, j'apporte deux variétés de polypes muqueux du col et une hypertrophie d'un lambeau déchiré du col. Non que ces productions aient présenté rien de particulier comme affection ou comme opération, mais parce qu'ayant eu la bonne fortune d'un examen histologique soigneux, elles peuvent fournir quelques matériaux à l'étude des proliférations utérines.

1° Polype muqueux du col. Examen histologique par M. Malassez. Préparations au Collège de France, section E, N° 104.

Ce polype, gros comme une grosse noix au moment de son ablation, était, en place, un type de polype à pendule ou en battant de cloche. Il pendait tout entier entre les cuisses et représentait bien exactement la figure de l'Atlas de Boivin et Dugès, reproduit dans la plupart des ouvrages français de Gy-

(1) *Contributions à l'étude des tumeurs fibreuses utérines pédiculées ou sessiles, accessibles par le vagin*, par le Dr Jude Huë. Séance de juillet 1877 et d'avril 1879, etc.

---

membres, ce qui implique que les rapports *charnels* dénoncés ne pouvaient avoir lieu, et que conséquemment la plus grosse des erreurs a été commise de la part du témoin affirmant avoir vu la verge du chien introduite dans l'anus.

J'ajoute que jamais le chien ne fait les mouvements qui imitent ceux de la saillie sans être *cramponné* à quelque chose pour employer l'expression du témoin. Tout le monde sait que les chiens, lorsqu'ils sont sous le coup de l'excitation génésique, étreignent souvent l'une des jambes de leur maître entre leurs pattes antérieures et exécutent les mouvements lombaires qui sont ceux de la saillie. Mais la condition de ces mouvements est l'étreinte. Jamais un chien ne s'y livre lorsqu'il est seulement appuyé par ses pattes antérieures sur les cuisses de son maître. Comme ces mouvements sont instinctifs et non pas réfléchis, il faut que l'étreinte entre les membres antérieurs éveille dans le sensorium de l'animal l'idée de l'embrassement de sa femelle.

Donc si le chien n'était que *monté* sur le derrière de l'homme, c'est-à-dire *appuyé* avec ses pattes de devant, je peux affirmer à coup sûr, au nom de la physiologie, qu'il n'a pas fait les gestes qu'on prétend avoir vus.

Il aurait fallu pour cela qu'il fût *cramponné*, ce que la grande

nécologie. Il était suspendu par un long et grêle pédicule, qui s'implantait sur la paroi antérieure du canal cervical, et aurait pu facilement se rompre de lui-même comme il arriva à celui de Mme Boivin. La femme qui le portait était âgée de 65 ans et, depuis la ménopause qui était survenue à 51 ans, il ne s'était produit aucun écoulement.

L'opération et ses suites furent d'une grande simplicité. Le pédicule, saisi aussi haut que possible dans les mors d'une pince, fut tordu jusqu'à arrachement et le point d'implantation touché au thermo-cautère de Paquelin.

Sur une coupe longitudinale se voient, à l'œil nu, deux larges cavités closes séparées par cinq autres de moindre dimension et occupant toute la hauteur du polype. Ces cavités sont remplies d'un liquide albumineux coagulé par l'alcool et limitées par des cloisons intactes, d'apparence fibreuse et d'une épaisseur variable.

Suivant l'examen microscopique qu'a bien voulu en faire, au Collège de France, M. Malassez, ces cavités sont de véritables kystes tapissés par un épithélium cylindrique, avec des cellules caliciformes ou munies de cils vibratils en quelques endroits. Un stroma fibreux les enveloppe, et la structure intérieure de la tumeur est analogue à celle des kystes de l'ovaire.

---

circonférence de la personne incriminée ne permet pas d'admettre un seul instant.

En résumé, je déclare être absolument convaincu par tous les motifs exposés dans cette note, que l'accusation formulée contre M. B... n'a aucune base, parce qu'il existe des impossibilités matérielles et physiologiques à l'accomplissement de l'acte monstrueux qu'il aurait laissé commettre par un chien sur sa personne.

Evidemment les témoins ont été victimes d'une illusion qu'explique l'état de faiblesse lombaire de M. B... attestée par M. le professeur Brouardel et ils auront interprété à mal l'attitude que M. B... est obligé de prendré pour se relever quand il s'est mis dans la position que comporte, en plein champ, l'accomplissement de l'acte de la défécation.

A l'extérieur, elle est tapissée par un épithélium pavimenteux.

2° Polype muqueux du col. Examen histologique fait par M. Cerné.

Ce polype, durci par l'alcool, présente aujourd'hui sur une coupe transversale, l'apparence d'un tissu fibreux, blanc, compact, au milieu duquel apparaissent çà et là quelques rares cavités de la grosseur d'une tête d'épingle. Mais, au moment de son ablation, il était de la grosseur d'une petite mandarine d'une couleur brun lie de vin. Flasque et mou, il s'étalait comme une masse gélatineuse devant le spéculum, suivant les mouvements imprimés par celui-ci aux parois vaginales. Au doigt il donnait une sensation semblable à celle que donne le placenta.

La personne qui le portait, âgée de 55 ans, était depuis des années atteinte d'écoulements, de pertes presque continuelles qui, unies à une dyspepsie suspecte, l'avaient réduite à un état d'anémie prononcée. Assisté par M. Welling, j'enlevai la tumeur au mois de mai dernier à l'aide d'un serre-nœud ; puis, je cautérisai au thermo-cautère le point d'implantation sur la lèvre postérieure du canal cervical. Les suites de l'opération furent aussi satisfaisantes que possible. Malheureusement les troubles digestifs s'amendèrent peu. Bientôt des hématémèses et des déjections caractéristiques survinrent et le malade succombait un peu plus de cinq mois après l'opération.

Suivant M. Cerné, qui a bien voulu faire l'examen de la tumeur, ce polype, qui doit être rangé, vu sa consistance, dans les polypes muqueux, est cependant, histologiquement, très analogue aux polypes fibro-musculaires. Ce sont les fibres musculaires lisses et le tissu conjonctif qui en forment la trame. Sa consistance lui est donnée par des vaisseaux dilatés et des glandes nombreuses.

Ce polype, qui doit être rangé vu sa consistance, dans les polypes muqueux, est cependant histologiquement, très analogue aux polypes fibro musculaires. Ce sont les fibres musculaires lisses et le tissu conjonctif qui en forment la trame. a consistance lui est donnée par des vaisseaux dilatés et des landes nombreuses.

Les vaisseaux capillaires sont multipliés à ce point qu'en cerines parties on croirait avoir affaire à du tissu caverneux. A ce

titre on pourrait le ranger dans les polypes vasculaires. D'autre part, les glandes muqueuses sont très hypertrophiées. De nombreux culs-de-sac sont tapissés d'épithélium cylindrique, et remplis de mucus.

A la surface est un revêtement d'épithélium cylindrique disposé sur plusieurs couches, mais qui n'est point devenu pavimenteux, comme Cornil et Ranvier disent que le devient habituellement l'épithélium des polypes saillants dans le col.

3° Élongation hypertrophique d'un lambeau du col. Examen histologique fait par M. Cerné.

Le 1er juillet dernier, je recevais à ma consultation une dame de 48 ans, encore réglée, qui venait se plaindre d'époques trop abondantes avançant de une semaine et d'écoulements blancs continuels. Au toucher, je tombai immédiatement sur une lanière charnue, lisse, traversant le vagin dans sa hauteur, affleurant la vulve de son extrémité libre et attachée de l'autre au bord externe droit de la lèvre antérieure. Elle mesurait dans toute sa longueur 7 à 8 centimètres sur 2 environ d'épaisseur, nul point n'étant renflé ou rétréci et l'implantation ayant lieu largement sur le col dont elle semble constituer, au doigt et à l'œil, comme un prolongement de même couleur et de même tissu. En arrière, l'orifice externe largement ouvert, ulcéré et rempli, ainsi que le canal cervical, de muco-pus.

Quelques jours après, l'opération eut lieu avec l'aide de M. le Dr Gressent fils. La malade fut mise dans le décubitus latéral gauche, une large valve de Sims fut introduite et la base de la tumeur, saisie entre les mors d'un clamp en étau, fut divisée au thermo-cautère. Les suites furent aussi heureuses que possible et la malade se rétablit rapidement.

Comme cette dame avait eu de nombreux enfants, quelques-uns même venus au forceps, je supposai que la tumeur avait une origine puerpérale, était un lambeau détaché du col par le passage de l'enfant, peut-être par une cuillère de forceps peu correctement conduite, et que ce lambeau s'était allongé, hypertrophié par suite de sa position dans le vagin, des mouvements et des frottements auxquels il avait été soumis, ainsi que des liquides plus ou moins irritants avec lesquels il avait été en contact. L'examen micrographique fait par M. Cerné confirme cette origine.

Examen histologique par M. Cerné.— La tumeur présente tous les caractères de l'hypertrophie pure et simple du col. A la surface s'étale un épithélium pavimenteux stratifié. Des cellules musculaires lisses entrecroisées dans tous les sens composent la masse. Les vaisseaux sanguins sont très nombreux, et de plus ils présentent en beaucoup de points une hypertrophie considérable de leur paroi. La tunique interne participe même parfois à cette hyperplasie, et le calibre de quelques-uns d'entre eux est presque complètement effacé. Près de la superficie, les capillaires ont leur calibre considérablement agrandi.

Nous ne trouvons pas de glandes sur la surface de nos coupes, ce qui veut dire seulement qu'elles sont rares, car il existe dans la pièce un assez gros kyste rempli de matière blanchâtre épaisse.

DISCUSSION.

M. Gendron.— Les polypes muqueux de l'utérus ont été très bien classés par mon maître le Dr Gallard, dans ses Leçons Cliniques et dans un mémoire lu au Havre en 1877, devant l'Association pour l'avancement des sciences. Tous ces polypes sont la résultante du processus anatomo-pathologique de la métrite interne. Dans le corps de l'utérus, ce sont des végétations hypertrophiques et pédiculées de la muqueuse, avec prédominance tantôt de l'élément vasculaire, tantôt de l'élément glandulaire ou fibro-cellulaire ; dans le canal cervical, leur structure démontre qu'ils sont formés par des œufs de Naboth très développés et également pédiculisés. La première pièce présentée par M. Huë, par sa disposition lacunaire et par son épithélium glandulaire appartient évidemment à cette espèce ; quant à la dernière, elle ne peut être rangée parmi les polypes muqueux.— Au point de vue clinique, il y a surtout à distinguer les polypes du corps et les polypes du col ; ceux-là offrant le plus d'intérêt à cause des lésions de la muqueuse auxquelles ils s'associent habituellement, à cause des métrorrhagies graves dont ils sont l'origine fréquente et du traitement délicat qu'ils nécessitent.

DE LA CHOLÉCYSTOTOMIE CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE DE SES INDICATIONS,

Par le docteur Cyr, médecin inspecteur adjoint à Vichy. (1)

(*Suite.*)

La plus importante et la moins contestable nous paraît être ce qu'on est convenu d'appeler la *tumeur biliaire.*

La tumeur biliaire peut se présenter sous deux aspects ou sous deux formes différentes, c'est-à-dire qu'elle est cystique, ou bien extra-cystique ; dans ce dernier cas, c'est plutôt un abcès biliaire que la tumeur biliaire proprement dite, laquelle indique plus spécialement la distension de la vésicule par une collection bilieuse ou bilio-purulente. Dans le cas d'abcès biliaire, il faut commencer par établir s'il y a encore communication entre la vésicule et la tumeur. Il peut arriv[illegible] effet, que la vésicule, après s'être débarrassée par ulcération d'une partie ou de la totalité de son contenu qui est venu former tumeur dans le voisinage, reste en communication avec cette dernière, constituant ainsi une fistule biliaire externe ou interne, suivant que la tumeur a été ou n'a pas été ouverte, ou bien que sa solution de continuité se répare et que toute communication cesse entre la vésicule et la tumeur qui forme alors une collection tout à fait isolée.

Il va de soi que, dans ces cas, il n'y a pas de véritable cholécystotomie à faire, parce que, s'il n'y a plus de communication entre la vésicule et la cavité de l'abcès biliaire, il suffit d'ouvrir ce dernier pour voir cesser les accidents, et, s'il y a encore communication, on se contente généralement, après avoir incisé la tumeur, de dilater ou de débrider le trajet fistuleux pour faciliter l'issue des calculs. Nous n'oserions dire que ce mode de terminaison d'accidents assez graves soit très fréquent, mais il est loin d'être rare.

Nous n'avons fait la distinction qui précède que pour bien montrer que tous les cas ne sont pas absolument comparables au point de vue de l'opportunité de l'intervention.

Mais laissons de côté ces distinctions qui sont surtout du domaine de la pathologie et n'envisageons que le côté clinique.

(1) Voir le n° 5, du 31 janvier 1885.

Une tumeur biliaire d'origine calculeuse étant donnée, quels avantages présente l'intervention chirurgicale sur l'expectation ?

Abandonnée à elle-même, ainsi que cela se passe le plus souvent, la tumeur biliaire nous offre plusieurs modes de terminaison :

1° Elle peut se terminer par l'issue spontanée de son contenu par les voies normales, si l'obstruction biliaire vient à cesser ;

2° Si la rétention biliaire persiste, l'ectasie des voies biliaires peut faire des progrès constants et amener ainsi des complications généralement très graves soit du côté des conduits biliaires, soit de la vésicule, soit encore à la fois sur les canaux et le cholécyste. Du côté des premiers, nous avons l'angiocholite avec formation de petits abcès et pyohémie, avec ou sans perforation des conduits ; du côté de la vésicule, nous avons aussi l'inflammation, la suppuration et l'ulcération avec ou sans perforation, et toutes les conséquences qui en résultent.

Si le malade a échappé à toutes les complications que nous venons de signaler, et si la tumeur biliaire s'est ouverte à l'extérieur spontanément ou à l'aide d'une petite incision, il ne faudrait pas croire qu'on se trouve pour cela dans les mêmes conditions que si l'on avait fait la cholécystotomie. En effet, maintes fois il a fallu attendre quelque temps avant que les calculs sortissent, il a fallu parfois débrider, aller chercher les calculs assez loin, en un mot, faire un certain degré de traumatisme chirurgical. Dans les cas exceptionnellement favorables, les calculs sortent d'emblée et il ne reste plus, comme après la cholécystomie, que la fistule à guérir.

Nous avons supposé tout à l'heure que la tumeur biliaire était d'origine calculeuse, parce que c'est le cas le plus habituel. Il est bon cependant de rappeler que la rétention biliaire, dont la tumeur biliaire n'est qu'une des conséquences, peut être produite par des états pathologiques très variés (angiocholite catarrhale, catarrhe gastro-duodénal, tumeurs de diverses natures comprimant le cholédoque ou le canal hépatique, telles que kyste hydatique, cancer, ganglion lympatique hypertrophié, péri-hépatite localisée au hile, brides péritonéales, etc.) Il s'ensuit qu'avant de se livrer à une intervention chirurgicale, il y a

grand intérêt à découvrir la cause de l'obstruction pour apprécier de quel secours peut être cette intervention, si elle doit être simplement palliative comme dans la plupart des cas de tumeur, ou s'il y a grande chance pour qu'elle soit curative, en permettant d'enlever la cause de l'obstruction. L'étude attentive des antécédents du malade, les circonstances qui ont accompagné l'obstruction, la façon lente ou brusque dont elle s'est manifestée, permettront généralement d'établir le diagnostic et par conséquent de savoir d'avance le but que l'on a à poursuivre.

Si l'on ne pouvait arriver à un diagnostic précis, ce ne serait certes pas une raison pour s'abstenir de toute intervention : ce serait presque une raison de plus pour agir, puisque l'exploration plus complète que faciliterait l'ouverture de la vésicule biliaire, serait un moyen de plus pour arriver au diagnostic.

Du reste, avant d'ouvrir la vésicule, on peut avoir recours, en vue de mieux établir le diagnostic, à un moyen déjà employé en France, avant même peut-être qu'on ne l'eût appliqué à l'étranger et qui mériterait, ce nous semble, d'être plus souvent utilisé qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour. D'après Luton (article sur les VOIES BILIAIRES, Dictionnaire de Jaccoud, t. V, p. 99), A. Thomas a pu reconnaître par une ponction à l'aide d'un fin trocart qu'une tumeur de l'hypochondre droit était formée par la vésicule du fiel, et que non seulement il y avait rétention de la bile, mais aussi que cette rétention tenait à des calculs, car le trocart détermina un choc significatif sur une de ces productions.

Whittaker (de Cincinnati) a eu recours au même procédé dans un cas où l'on avait l'intention de pratiquer la cholécystotomie, mais où le diagnostic était un peu incertain. Il put ainsi, à l'aide de l'aiguille de l'aspirateur, sentir nettement la présence d'un calcul qui froissait la pointe de l'instrument, et c'est après avoir, par ce procédé, fait constater la présence d'un cholélithe dans la vésicule au chirurgien qu'il avait appelé, le docteur Ransohoff, qu'on se décida à exécuter l'opération. Il y a quelques mois, le docteur G. Harley qui, dans son récent et si remarquable ouvrage sur les maladies du foie, avait insisté sur l'innocuité de cette exploration de la vésicule, a

communiqué à la *Royal Medical and chirurgical Society* le récit d'un cas où il l'a pratiquée et où elle lui a permis de constater nettement la présence d'un cholélithe dans les voies biliaires et même d'en apprécier les dimensions. Bien que, dans la discussion qui a suivi cette communication, les membres de la Société n'aient pas, en général, paru favorables à ce mode d'exploration, nous croyons, jusqu'à plus ample informé, qu'il est susceptible de rendre de grands services pour le diagnostic, et qu'il ne présente — pourvu qu'il soit employé prudemment — aucun inconvénient sérieux.

A quelque cas que l'on ait affaire, l'ouverture de la vésicule, si elle est pratiquée avec toutes les précautions voulues, c'est-à-dire, de manière que son contenu ne s'échappe pas dans le péritoine, soit pendant, soit après l'opération, constitue une opération parfaitement rationnelle et susceptible d'amener des résultats très favorables. Si donc on intervient assez tôt pour empêcher la production des lésions graves que nous avons énumérées précédemment, on est en droit de dire que, non seulement ce moyen thérapeutique était très bien justifié, mais même qu'il y aurait en quelque sorte de la négligence à ne pas y avoir recours en pareil cas.

L'opération est encore mieux justifiée si, comme nous le disions tout à l'heure, elle permet, en explorant avec une sonde, un stylet ou une petite pince courbe disposée *ad hoc* les canaux biliaires, de dégager un calcul enclavé soit en le poussant vers le duodénum, soit en le faisant rentrer dans la vésicule d'où il est ensuite aisé de l'extraire, soit encore en le broyant comme cela a été fait parfois, si son volume en rend l'extraction difficile.

Tels sont les services que peut rendre la cholécystotomie dans l'accident le plus grave de la rétention biliaire, qui est l'ectasie généralisée des voies biliaires.

Nous passons pour le moment sur le côté aléatoire de l'opération : nous nous en occuperons quand nous aurons fini de discuter les indications.

Nous n'avons pas parlé, à propos de la tumeur biliaire, de hydropisie de la vésicule qui se produit surtout quand l'obstruction calculeuse siège dans le canal cystique : dans les cas ce genre, plutôt que de pratiquer la cholécystotomie,

comme le fait trop aisément peut-être Lawson Tait, mais avec un succès qui justifie sa hardiesse, nous conseillerions simplement la ponction capillaire avec l'aspirateur, opération presque inoffensive et qui suffirait la plupart du temps à faire cesser l'obstruction du canal cystique, ou tout ou moins à prévenir les suites graves que peut amener l'hydropisie de la vésicule.

(*A suivre.*)

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La pneumotyphoïde, par R. Longuet. — A côté des broncho-pneumonies lobaires ou pseudo-lobaires qui s'observent dans la fièvre typhoïde comme dans toutes les maladies infectieuses et de la pneumonie lobaire franche qui peut atteindre un typhoïdique comme elle atteindrait un rhumatisant ou un scarlatineux, et qui ne présentent de difficultés ni pour l'interprétation, ni pour le diagnostic, s'observe parfois une variété de pneumonie qui s'accompagne dès le début des symptômes habituels de la èvre typhoïde, ou qui se montre seulement quelques jours après le début des phénomènes légitimement attribuables à la fièvre typhoïde; et cette variété présente ceci de particulier que, en cas de nécropsie, on trouve bien les lésions du poumon correspondant à l'âge de la pneumonie; mais, du côté de l'intestin, des désordres insignifiants ou négatifs quant à la fièvre typhoïde.

Dans ces cas, le diagnostic de la pneumonie à forme typhoïde serait insuffisant. Il s'agit, comme le démontre l'examen approfondi des faits, d'une infection typhoïdique qui s'est localisée au poumon, à la différence de la typhoïde commune qui, le plus souvent, affecte l'intestin. Il y aurait donc lieu d'admettre, à côté de la fièvre typhoïde *dothiénentérique*, une fièvre typhoïde *pneumonique*, d'où le nom de pneumo-typhoïde proposé par Gerhardt.

Cette fièvre typhoïde à localisation pulmonaire est d'une réelle rareté. Peut-être pourrait-on interpréter dans ce sens une observation de Chomel et une autre de Petit et Senes; mais c'est

Rokilansky qui a donné le premier le signalement macroscopique du pneumo-typhus. Hirsch (1839-41), Diell et Kremer Griesinger, Friedrich, Hérard, Gerhardt et Lépine en ont rapporté des exemples. Enfin, plus récemment, la pneumo-typhoïde a été l'occasion d'un excellent article de G. Homolle (*Dict. de méd. et de Chir. Pratique*).

Le diagnostic, dans l'état actuel de nos connaissances, est difficile. On est fondé, en principe, à soupçonner la pneumo-typhoïde à l'occasion de toute pneumonie survenant dans le premier septenaire d'un état général typhoïde, alors que les deux processus semblent évoluer côte à côte, sans s'influencer sensiblement dans leurs grands traits.

La pneumonie des stades avancés, greffée sur un organisme où le virus typhoïde vient d'étendre ou d'atténuer sa nocuité, doit plutôt être considérée comme une complication.

Moins fréquent et plus suspect au point de vue de la légitimité de ce diagnostic, est le mode d'invasion par une pneumonie primitive à laquelle viennent se joindre les signes plus ou moins équivoques d'une fièvre typhoïde commune. M. Potain admet sans réserves l'existence de ces formes primitives « qui débutent et évoluent à la façon d'inflammations simples et primitives et marquent cependant l'invasion de l'infection thyphoïdique. » L'entrée en résolution de la pneumonie n'est jamais annoncée sur les courbes par une défervescence critique comme dans la pneumonie essentielle; mais au contraire, elle se fait par lysis. Quant à la durée de la maladie, tantôt la fièvre cesse en même temps que la pneumonie, c'est-à-dire avant la fin du deuxième septenaire, tantôt elle se règle sur le type d'une fièvre typhoïde prolongée et persiste quatre septenaires et plus.

Les circonstances étiologiques deviendront souvent d'un puissant secours au diagnostic. Age des malades, acclimatement, milieu infectieux.

Les lésions intestinales sont le plus souvent peu marquées ou même nulles, surtout du côté des plaques de Peyer. La psorentérie est plus constante, de même que la tuméfaction des ganglions mésantériques et celle de la rate. On a trouvé la dégénérescence cireuse des muscles droits de l'abdomen.

Du côté des poumons, ce sont les lésions classiques de la pneumonie.

Le pneumo-typhus pourrait être envisagé comme une forme de transition entre la pneumonie lobaire franche, en passe d'être elle-même assimilée à une maladie infectieuse, et les pneumonies infectieuses proprement dites. (*Union Médicale*, 158 et 159. Novembre 1884.) R. C.

Troubles choréiques de l'écriture guéris par la suggestion hypnotique.— *M. Bernheim* (de Nancy) a publié trois cas de guérison de troubles choréiques de l'écriture obtenue par la suggestion hypnotique.

La suggession dans l'état hypnotique peut réaliser de la paralysie, de la contracture, de l'anesthésie, des troubles fonctionnels divers. Il était naturel de se demander si cette même suggestion ne pourrait pas faire disparaître, par un mécanisme analogue, des troubles fonctionnels existants, dans les cas où la lésion organique ne rend pas cette disparition impossible.

Il existe, en effet, une thérapeutique suggestive qui donne des résultats incontestables souvent rapides et surprenants dans un grand nombre de cas. M. le Dr Liébault (de Nancy) s'est fait, depuis vingt-quatre ans, l'apôtre de cette thérapeutique.

Depuis plus de deux ans, j'ai obtenu un grand nombre d'effets thérapeutiques et souvent de guérisons, par la méthode suggestive de M. Liébault, qui consiste tout simplement, pendant le sommeil provoqué, à affirmer la disparition des différents symptômes subjectifs ressentis par le malade, en un mot à suggérer la guérison.

M. Bernheim cite deux observations de guérison.

La première a trait à un garçon de 16 ans qui a eu plusieurs attaques de rhumatisme et de chorée et qui présentait des désordres tels de son écriture qu'elle était absolument illisible. M. Bernheim hypnotise l'enfant et, pendant son sommeil, lui persuade qu'il est guéri et qu'il est capable de très bien écrire. L'enfant écrit pendant et après son sommeil, et après trois séances de dix minutes environ, répétées à quelques jours d'intervalle, cet enfant écrivait aussi bien qu'avant sa maladie. M. Bernheim montre des spécimens de l'écriture du malade avant

et après la guérison, qui sont démonstratifs. La guérison date de plus deux mois.

La seconde observation appartient à M. Beaunis.(*Congrès de Blois.*)

Tétanos rhumatismal guéri par la paraldéhyde. — Chacun sait que, depuis quelque temps, l'hydrate de chloral a été appliqué avec succès au traitement du tétanos rhumatismal. Etant donnés les résultats que la substitution de la paraldéhyde au chloral a procurés à divers expérimentateurs (Cervello, Dujardin-Beaumetz, Morselli, etc.), il n'est pas sans intérêt de savoir que cette substitution peut produire de bons effets dans le traitement de l'affection dont il s'agit.

C'est le docteur F. Ottari, de Reggio Emilia, qui a été amené à faire cette substitution, et qui n'a eu qu'à s'en louer dans un cas dont nous rapportons brièvement l'observation :

Il s'agit d'un individu de cinquante-trois ans, de bonne constitution, qui, à la suite d'un travail dans une fosse, les pieds étant dans l'eau, fut pris de tétanos rhumatismal aigu qui nécessita son transport à l'hôpital, dans le service du docteur Ottari. Isolé dans un pavillon, mis à l'abri de tout bruit du dehors, soumis en un mot au repos absolu, le malade reçut en même temps, en vingt-quatre heures, 8 grammes de chloral, tant par la voie stomacale qu'en lavements.

Prolongé pendant plusieurs jours, ce traitement ne procura pas grand soulagement : la contracture des muscles de la nuque et du dos était moins douloureuse, mais le trismus se maintenait complètement, ainsi que la contracture des droits de l'abdomen et des muscles des membres inférieurs. A ce moment, le malade refusa de continuer l'usage du chloral, parce que, avant le sommeil, ce médicament lui causait un état d'oppression et d'angoisse inexprimable.

C'est alors que l'auteur songea à remplacer le chloral par la paraldéhyde. Le premier jour, 6 grammes de paraldéhyde dans 100 grammes d'eau, pris en deux fois, à deux heures d'intervalle, procurèrent au malade un sommeil absolument calme. Encouragé, le docteur Ottari porta la dose à 8 grammes dans la même potion édulcorée par un sirop. A partir de ce moment. l'amélioration marcha rapidement pour arriver à la

guérison complète, au bout de dix jours, guérison qui depuis s'est maintenue entière. (*Bul. de thérap.*)

Influence de la quinine sur les échanges et sur la composition de l'urine dans l'état de santé. — L'auteur a passé en revue les travaux de divers auteurs relatifs à l'action de la quinine sur les échanges dans l'organisme et la modification qui en résulte pour la composition de l'urine. Ses propres observations concordent avec celles de Sassetzky (*Berichte d. d. chem. Gesellschaft*, XVII, 234) faites sur des fébricitants. Il a fait ces observations, sur lui-même, dans des conditions d'alimentation azotée toujours égales.(Entrée journalière de l'azote 19 gr. 38 ; sortie par l'urine et par les fèces 19 gr. 28). Le sel de quinine employé était le chlorhydrate. Le tableau suivant donne la composition moyenne de l'urine en 24 heures :

	Quantité de l'urine	Urée	Acide urique	Acide sulfurique	Acide phosphoriq.
Urine normale................	1586	39.76	0.74	2.50	3.68
Après chlorhydr. quinine 1 gr.50	1800	32.70	0.12	2.00	3.17
» » » 1 g. à 1 g.50	1743	33.07	0.22	1.65	2.90
» » » 1 gr.	1657	34 00	0.41	1.74	3.09
» » » 4 gr.	1820	28.10	0.07	1.24	2.12
Urine normale................	1580	39.60	0.74	2.51	3.51

Ce tableau montre que la quantité d'urine est augmentée et que l'élimination des principes constituants de l'urine est diminuée. Dans les jours qui suivent l'administration de la quinine, cette élimination se rapproche peu à peu de la normale. Ce n'est pas une action de *rétention* que produit la quinine, mais une diminution dans la formation de ces éléments. Sous l'influence de la quinine, on n'observe pas de diminution dans l'azote éliminé par les fèces. Les expériences sur des chiens ont donné les mêmes résultats que chez l'homme. La quinine absorbée par l'estomac apparait dès les premières heures dans l'urine ; la fin de cette élimination a lieu ordinairement dans les dernières heures du second jour, rarement dans le troi-

sième. Les fèces renferment aussi de notables traces de quinine. (*Archiv für die gesamunte Physiologie*, XXXIV, 237, et *Berichte d. d. chem. Gesellschaft*, XVII, 1884, 616.)

M. Boymond.

De l'hérédité de la paralysie générale. — M. Régis, (de Bordeaux) fait la communication suivante :

L'auteur, placé pendant trois ans comme interne à Sainte-Anne, a pu sur 318 paralytiques généraux, étudier la question de l'hérédité de la paralysie générale.

L'aliénation mentale ne se retrouve presque jamais chez les ascendants, alors que les affections cérébrales y sont au contraire très fréquentes.

L'auteur en conclut que l'hérédité, dans la paralysie générale, n'est pas l'hérédité vésanique, mais bien, comme l'a dit M. Lunier depuis longtemps, l'hérédité des tendances congestives, ou, ce qui revient au même, l'hérédité cérébrale.

Cette immunité des ascendants se retrouve également chez les descendants des paralytiques généraux. Ces descendants sont, en général, normalement organisés, et, s'ils se font remarquer par quelque particularité, c'est bien plutôt par une intelligence supérieure que par une infériorité intellectuelle et morale.

En résumé, l'étude comparative de l'hérédité dans la paralysie générale et dans la folie nous montre, contrairement à l'opinion de Marcé, que ces deux affections ne sont pas des rameaux d'une même famille et qu'elles sont incapables de s'engendrer réciproquement.

Les conséquences pratiques qui découlent de ce fait sont des plus importantes. En effet, un médecin, consulté sur l'avenir réservé à l'enfant d'un paralytique général, pourra répondre juste le contraire de ce que répondent en général les praticiens et même les spécialistes le plus au courant de ces questions, à savoir : que l'enfant d'un paralytique n'est nullement prédisposé à la folie, qu'il n'a à redouter, par prédisposition, que les affections cérébrales, et que, par conséquent, les deux périodes critiques de la vie chez lui sont : le bas âge, en raison de la tendance aux accidents cérébraux infantiles, et l'âge mûr, époque des paralysies cérébrales et de la paralysie générale elle-même.

D'autre part, si l'on est consulté au sujet d'une union à con-

tracter par ou avec un descendant de paralytique général, on peut hardiment donner à cette union son approbation médicale, puisqu'elle ne prédispose en rien les descendants à la folie.

(*Congrès de Blois.*)

HYGIÈNE ET TOXICOLOGIE

De la stérilisation des eaux potables par la chaleur, par le Dr Miquel. — C'est un fait bien connu que l'ébullition de l'eau a pour effet de détruire une grande partie des organismes qu'elle renferme, mais non tous. De l'eau fournie par le robinet du laboratoire et provenant des bassins de Villejuif a fourni, à quelques jours d'intervalle, la première fois 58,000 bactéries par litre, la seconde fois 106,000, la température étant de 20 et de 22 degrés. Si la température de l'eau est élevée à 45 degrés, elle perd une certaine quantité de microbes ; mais cet appauvrissement est faible, car la plupart de ces organismes supportent assez aisément un degré de chaleur fort désagréable pour les espèces animales. A 50 et à 55 degrés les tableaux accusent une baisse très considérable, ce qui est dû à la disparition prompte et définitive des bactérismes communs et de plusieurs micrococcus. A 60 degrés les mucédénées, les algues et la majorité des coccus périssent à leur tour. De 60 à 80 degrés l'analyse microscopique n'accuse pas une diminution bien rapide du chiffre des microbes ; à l'exception de quelques espèces rares, qui ont la singulière faculté de pulluler vers 70 degrés, les microbes adultes sont morts et le liquide ne renferme plus que des germes qui vont s'affaiblir et disparaître partiellement sous l'action croissante de la chaleur. Les conserves de bouillon de bœuf, ensemencées avec de l'eau portée entre 70 et 80 degrés se peuplent à peu près tous de bacilles variés.

Après quinze minutes d'ébullition, l'eau renferme encore en moyenne 500 germes vivants de bacilles par litre. On peut supposer que ces spores réfractaires à la température de 100 degrés n'ont rien de commun avec les germes des microbes infectieux. Cependant leur innocuité absolue aurait besoin d'être établie. Mais il faut, en somme, retenir ce point capital que l'ébullition maintenue pendant quelque temps purge l'eau d'organismes microscopiques dans la proportion de 995 sur 1,000. L'eau portée à 110 et 115 degrés présente seule un degré de pureté absolue.

L'eau bouillie abandonnée à elle-même dans un vase grandement ouvert n'acquiert de nouveau son degré d'impureté primitive qu'au bout d'un temps assez long. Vingt-quatre heures après l'ébullition, les dosages ont donné un chiffre de bactéries généralement inférieur aux dénombrements de la veille, ce qui tient vraisemblablement à la chute au fond du vase des germes de bacilles devenus passagèrement inertes. Au bout de quarante-huit heures tout est changé, les bactéries sont redevenues fort nombreuses et la conséquence pratique à tirer de ce fait est de renouveler les eaux bouillies, les infusions diverses au moins tous les jours, ainsi que le prescrivent très sagement les instructions des conseils d'hygiène. (*Semaine médicale.*) R. C.

Empoisonnement par le bichromate de potasse. — Le Dr Macniven a observé cinq cas d'empoisonnement par le bichromate, dans lesquels il a constaté les symptômes suivants :

Symptômes généraux. Douleurs abdominales, vomissements, diarrhée, crampes dans les jambes, faiblesse du pouls, refroidissement, sécheresse de la bouche, soif intense.

Symptômes éloignés. Vertige et tendance à la syncope, mouches volantes, dilatation des pupilles, teinte jaunâtre de la conjonctive, anurie, stupeur, dyspnée, parésie des membres inférieurs.

Les effets locaux observés sur les ouvriers qui emploient ce sel en teinture sont d'un grand intérêt en ce sens qu'ils démontrent bien l'action caustique du poison. S'ils ont la moindre excoriation, le sel agit comme un véritable caustique en y déterminant la formation d'une eschare suivie d'une ulcération à bord durs cupuliformes. Celle-ci peut s'étendre de plus en plus en profondeur et même perforer les os. La conjonctive est atteinte aussi très fréquemment. (*The Lancet* 22 sept. 1883. page 496.)

Emile Piogey.

Influence des variations de la composition centésimale de l'air sur l'intensité des échanges respiratoires — M. Léon Frédéricq, de Liège, a étudié sur lui-même et sur des lapins l'influence que les variations dans la proportion de l'oxygène ou de l'acide carbonique de l'air respiré exercent

sur l'intensité des échanges respiratoires, c'est-à-dire sur l'absorption de l'oxygène. Il a laissé de côté l'exhalation de l'acide carbonique, qui constitue un factum moins important de la respiration.

Les expériences auxquelles il s'est livré lui ont donné les résultats suivants :

1° L'augmentation de la proportion centésimale de l'oxygène dans l'air respiré ne modifie en rien l'intensité de l'absorption de ce gaz par la respiration ;

2° Quand le sujet respire une atmosphère pauvre en oxygène, l'absorption de ce gaz diminue, ce qui provoque une dyspnée plus ou moins intense ;

3° L'homme peut respirer assez longtemps un mélange riche en oxygène, mais contenant 5 à 6 0/0 ou même davantage d'acide carbonique. Il s'établit dans ces conditions une forme spéciale de dyspnée caractérisée par une respiration anxieuse plus ou moins convulsive et une céphalalgie rappelant la migraine. Au point de vue des phénomènes chimiques de la respiration, cette dyspnée se distingue nettement de celle qui est due à un déficit d'oxygène. L'absorption de ce gaz, loin de diminuer sous l'influence de l'acide carbonique, augmente, au contraire, notablement. A petite dose, l'acide carbonique agit donc comme un excitant puissant de l'absorption d'oxygène, c'est-à-dire des combustions respiratoires. (*Acad. des Sciences*, 22 déc. 1884.)



REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

—

Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus, par le Dr L. Carlet, un vol. in-8° de 250 p. Paris 1880. — Une des questions les plus intéressantes de la gynécologie est, sans contredit, l'étude des fibrômes utérins ; ces tumeurs constituent une des maladies les plus fréquentes des organes génitaux internes de la femme ; d'après Bayle, en effet, elles existeraient chez un quart des femmes ayant dépassé trente-cinq ans ; Klob va plus loin et prétend qu'elles existent chez quarante femmes sur cent qui atteignent l'âge adulte. Cette proportion est peut-être exagérée, mais il est bien certain

pourtant que dans la pratique, on met souvent sur le compte de la *métrite chronique*, de *l'engorgement de l'utérus*, *des ulcérations du col*, *de l'antéflexion ou de l'antéversion*, et surtout de *la rétroflexion ou de la rétroversion*, des affections qui ne sont autre chose que des *tumeurs fibreuses*, le plus souvent interstitielles, peu développées, mais qui demandent pour être diagnostiquées une assez grande habitude du toucher vaginal et de l'hystérométrie. Ce qui a surtout frappé l'auteur dans l'étude des tumeurs fibreuses de l'utérus, c'est l'insuffisance de la plupart des moyens thérapeutiques ; c'est pourquoi ayant été témoin des remarquables résultats obtenus au moyen de l'électricité par M. *Apostoli* dans la cure de ces tumeurs, et ayant été à même de constater *de visu* que cette méthode constitue un véritable progrès thérapeutique, il a choisi cette question du traitement électrique des fibrômes utérins comme sujet de sa thèse inaugurale.

Après avoir jeté un coup d'œil d'ensemble sur les fibrômes utérins, l'auteur fait l'historique du traitement de ces tumeurs par l'électricité ; il examine ensuite les différents procédés employés par les auteurs et les résultats obtenus ; puis il décrit le procédé et le manuel opératoire préconisés et appliqués par M. Apostoli.

Nous pensons donc que les gynécologues auront le plus grand intérêt à consulter ce travail qui contient un grand nombre d'observations. Quoique les idées de M. Apostoli ne soient pas passées dans cet ouvrage au crible de la critique elles y sont exposées avec netteté et précision et, nous devons le déclarer, avec une bonne foi indiscutable.

FORMULAIRE

Du sulfate de cuivre en obstétrique.

Le docteur Charpentier propose l'emploi de ce sel en solution au cinquième comme antiseptique de premier ordre et qui peut rendre en obstétrique des services signalés : employé, dit-il, sous forme d'injection intra-vaginale ou intra-utérine, son action est d'une innocuité absolue.

Comme hémostatique, ce sel a des propriétés coagulantes et astringentes ; il peut remplacer le perchlorure de fer.

La solution à employer doit être

au centième chauffée à une température de 36 à 38 degrés.

On doit la continuer pendant les huit à dix premiers jours, à plusieurs reprises, dans les vingt-quatre heures, sans que cela détermine chez les malades autre chose que l'abaissement de la température, la diminution de la fréquence du pouls.

Les chirurgiens peuvent l'employer dans les cas de thrombus volumineux de la vulve ; c'est un antiseptique ; dans un cas d'abcès fétide de la cloison uréthro-vaginale, il a supprimé tout à la fois, du jour au lendemain, la fétidité et les symptômes généraux de l'infection putride alors que les solutions phéniquées avaient échoué.

—

Du traitement de l'anus artificiel (Korte).

L'auteur estime que la résection primitive de l'intestin avec suture doit être rejetée dans les cas de hernie gangreneuse. Pour lui, l'anus artificiel est préférable ; pour guérir ce dernier, deux méthodes sont en présence : la suture secondaire, la méthode Dupuytren.

L'entérotome ne doit être appliqué que lorsque tous les phénomènes d'irritation de la plaie et du péritoine ont disparu (six à huit semaines) ; l'éperon doit être très accessible (opération préparatoire s'il y a lieu), ne saisir qu'une légère portion de l'éperon à la fois ; la pression doit être augmentée peu à peu ; répéter l'application ; dès que l'éperon est disparu, on fait disparaître la fistule par le fer rouge ou par une opération plastique. La continuité du tube digestif fut obtenue. Il faut noter que les guérisons sont longues.

—

Le quebracho aspidosperma dans la dyspnée.

Un médecin de Madrid, M. Mariasi y Larrias divise en trois groupes les variétés de dyspnée traitées par lui. Le premier groupe est constitué par les affections pleuro-pulmonaires qui diminuent la surface d'hématose et les lésions valvulaires du cœur suivies d'affections du poumon ; le second comprend les maladies des organes intra-abdominaux qui entravent les mouvements du diaphragme; le troisième l'asthme et la dyspnée hystérique.

Voici les phénomènes que l'auteur a observés par l'emploi du quebracho ; les doses élevées produisent de la pesanteur de tête, de la céphalagie, l'obnubilation visuelle avec tendance au vertige ; le nombre des pulsations et des respirations diminue, en même temps que le malade accuse une sensation de chaleur de l'estomac et a de la diarrhée; l'émission de l'urine est accompagnée d'un peu de chaleur dans l'urèthre; enfin, pour l'auteur, ce médicament est le prototype antidyspnéique.

Les meilleurs résultats sont obtenus dans la dypsnée due a des lésions cardiaques et à des affections pulmonaires. La formule suivante répond aux nécessités de la pratique.

Teinture ou extrait de quebracho aspido-sperma....... 2 à 4 gr.
Eau.................. 150 —
Sirop simple.......... 30 —

En quatre doses à deux heures d'intervalle.

L'action de ce médicament est de diminuer le nombre des mouvements respiratoires ; son action se manifeste sur le cœur dont il règle les contractions soit directement, soit par l'intermédiaire du système nerveux.

L'usage de ce médicament est sans danger.

—

De l'agaricine contre les sueurs profuses des phthisiques.

Agaricine............ 0 gr. 50 c.
Poudre Dover....... 7 — 50 —
Mucilage de racine de guimauve.......... 4 —

Pour 100 pilules.

Chez presque tous les malades, la sueur diminuera après la première pilule, cinq milligrammes d'agaricine ; dans d'autres cas, on on obtient sûrement l'effet attendu avec deux pilules.

M. Seifert a, dans certains cas, alternativement administré l'agaricine et l'atropine.

On a remarqué que chez certains malades qui avaient pris plusieurs soirs de suite des pilules d'agaricine, les sueurs furent quelques jours sans paraître après leur suppression ; quand elles reviennent, il suffit pour les arrêter d'une dose de cinq milligrammes.

—

Note sur la mille-feuille.

La mille-feuille a joué dans l'antiquité un grand rôle comme médicament ; aujourd'hui on la préconise dans le traitement de la leucorrhée des enfants et des adultes ; on emploie les sommités fleuries en infusion, elles agissent comme tonique et stimulant dans l'atonie des organes digestifs, les hémorrhagies hémorrhoïdes, la dysménorrhée, les pâles couleurs et la chlorose.

Rouzier Joly les prescrit à la dose de 10 grammes dans 500 grammes d'eau en décoction comme emménagogue.

—

Cigarettes de verveine.

Le docteur Quinlau préconise la verveine contre la toux chez les phthisiques, les feuilles sèches sont roulées en cigarettes.

—

Traitement de l'herpès de la cornée par l'iodoforme.

M. Dioucoux projette avec un pinceau une pincée d'iodoforme pulvérisé sur l'herpès de la cornée; ce même pansement est fait pendant plusieurs jours, en peu de temps les plaies sont cicatrisées ; il préfère le sel en poudre porphyrisée plutôt qu'en pommade.

—

Emploi du sublimé dans l'ophthalmie granuleuse.

M. Dujardin (de Lille) propose

la formule suivante :

Sublimé corrosif...	1	gramme.
Alcool............	10	—
Eau distillée.......	240	—

On emploie cette solution avec un pinceau sur les paupières renversées, deux ou trois fois par semaine.

—

Chloral dans la coqueluche.

M. le docteur Kingsburn dit que de hautes doses de morphine introduites sous la peau produisaient dans un cas de coqueluche persistant du sommeil, que le bromure de potassium, la belladone, le camphre, les vomitifs, les vésicatoires sur l'abdomen ayant échoués, il eut de très bons résultats avec le chloral.

—

Traitement de l'urticaire par le Jaborandi

(N. GUENEAU DE MUSSY).

Ce savant praticien propose les pilules suivantes pour provoquer la transpiration cutanée chez les arthritiques sujets à l'urticaire.

Poudre de Jaborandi	ãã	0,10 cent.
Extrait de Gayac...	ãã	0,10 cent.
Benzoate de lithine.		0,20 —

Pour une pilule.

Administrer deux pilules en vingt-quatre heures en augmentant progressivement jusqu'à quatre.

Le traitement est continué pendant plusieurs mois ; pour compléter la guérison il conseille au malade d'aller faire une cure d'eaux sulfureuses.

—

Injections sous-cutanées de caféine.

M. Huchard rappelle les propriétés toniques, stimulantes et diurétiques de la caféine ; il l'administre à l'intérieur sous forme de solution à la dose suivante :

Eau distillée..........		300 gr.
Benzoate de soude....	ãã	5 —
Caféine..............	ãã	5 —

Deux à cinq cuillerées à bouche par jour.

Cette potion est quelquefois mal supportée et donne lieu à des accidents pénibles de gastralgie ; il faut alors l'administrer en injections hypodermiques d'après la formule suivante :

Salicylate de soude.....	3	gram.
Caféine...............	4	—
Eau distillée...........	0,03	c.

pour faire 10 centimètres cubes.

Chaque centimètre cube contient ainsi 0,10 centigr. de caféine ; on peut en administrer de 0,40 à 0,80 par jour.

Ces injections abaissent la température dans la fièvre typhoïde et combattent d'une façon efficace les phénomènes de dépression générale.

M. Dujardin-Beaumetz considère la caféine comme étant un excellent médicament ; il propose, dans tous les cas, son association unique avec le benzoate de soude, qui possède la propriété de le dissoudre entièrement.

Stanislas MARTIN.

VARIÉTÉS

— COURS D'ACCOUCHEMENT EN 42 LEÇONS.— MM. Bar et Auvard recommenceront leurs cours le lundi 16 février, à quatre heures et demie, 5, rue du Pont-de-Lodi. MM. les étudiants seront exercés aux manœuvres obstétricales. Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser soit à M. le Dr Bar, 4, rue St-Florentin, soit à M. le Dr Auvard, 21, rue de Lille, les lundi, mercredi et vendredi à une heure et demie.

— SYNDICATS PROFESSIONNELS. — *Médecins.— Droit d'ester en justice*: Depuis la promulgation de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels nous avons cru que les médecins pourraient se constituer en syndicats ; or, une décision du Tribunal de Domfront (Orne) leur ayant contesté ce droit, ainsi que celui d'ester en justice au même titre, nous allions publier une discussion du jugement dont il s'agit, lorsque nous apprîmes que le dit jugement est déféré à la Cour de Caen qui doit être appelée à statuer sur cette question des plus intéressantes le 4 février prochain.

Dans ces conditions nous pensons préférable de retarder la publication de notre critique et d'attendre la décision de la juridiction supérieure, de manière à présenter à nos lecteurs un travail plus complet.

G. R.

— LE PERSONNEL DE SANTÉ DE L'ARMÉE ALLEMANDE PENDANT LA GUERRE DE 1870-71. — Au moment de la déclaration de guerre, l'armée allemande avait 3,679 médecins militaires, dont 1,083 civils. 2,767 suivaient les régiments et les corps d'armée, 912 étaient affectés aux troupes de garnison. De plus, 1,779 médecins civils étaient attachés aux hôpitaux de la réserve et aux compagnies de prisonniers.

On accepta les services de 347 médecins étrangers : 39 anglais, 57 américains, 84 hollandais, 69 suisses, 49 russes, 22 autrichiens, 15 belges, 2 espagnols, 2 italiens, 2 grecs, 6 norvégien, suédois, turc, romain, serbe et mexicain. Le nombre des pharmaciens militaires était de 478 ; celui des infirmiers de 6,918 ; des brancardiers de 5,818, auxquels venaient en aide 5,000 brancardiers assistants. Conséquemment, on comptait un médecin pour 170 hommes et un personnel sanitaire de 35,662 personnes. 66 médecins succombèrent aux maladies ou à des blessures, 66 furent blessés et guérirent, et 352 devinrent invalides. Les 119 *Feldlazarethe* furent soumis à 622 installations et reçurent 280,910 blessés ou malades qui y passèrent

3,245,743 journées de traitement. Ils évacuèrent 250,000 blessés et malades, dont 40,000 par les trains sanitaires spéciaux.

Les hôpitaux de l'intérieur reçurent 602,262 malades, parmi lesquels on comprend 176,262 prisonniers. On peut, d'après ces chiffres, mesurer la puissance de cette organisation sanitaire et l'activité des hôpitaux de toutes catégories. — (*Union médicale.*)

— Société Centrale. — La séance annuelle de la Société Centrale aura lieu le dimanche 8 février prochain, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

***Ordre du jour.* Allocution du Vice-Président ; Rapport du Secrétaire; Compte rendu du Trésorier; Ratifications des admissions faites dans l'année; Election du Président de la Société Centrale et de dix Membres de la Commission administrative en remplacement des Membres sortants.**



REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 *février* 1885. — *Présidence de* M. J. Bergeron.

M. Léon Collin présente, de la part d'un médecin militaire, un travail manuscrit sur une épidémie de fièvre typhoïde observée à Gap en 1880.

Présentation d'instrument. — M. Labbé présente de la part de M. le Dr Yvonneau, chirurgien de l'hôpital de Blois, un nouvel appareil à injections vaginales et utérines.

Palatoplastie. Présentation de malade.—M. Trélat présente un jeune Roumain chez lequel il a fait avec succès une palatoplastie étendue et une staphylorrhaphie complète. Le malade prononce quelques mots prouvant l'excellence du résultat.

De l'augmentation de la population en France. — M. Lunier. La population française ne s'accroît plus que dans une proportion très minime. Cette faible augmentation est due à plusieurs causes: la diminution du nombre des enfants par

ménage; l'augmentation du nombre des morts-nés et celle des infanticides.

Il y a un rapport entre le nombre des mort-nés et des infanticides. Les enfants déclarés mort-nés sont surtout morts après la naissance. Le nombre des infanticides connus dépasse certainement 7 à 8,000 par an, et un cinquième des mort-nés sont morts par infanticide.

L'augmentation du nombre des mort-nés amène M. Lunier à parler du rétablissement des tours. On ne peut rétablir ceux-ci comme ils étaient auparavant, mais on peut faire en sorte que les filles-mères puissent laisser leurs enfants à l'hospice dépositaire sans être obligées de se faire connaître.

La loi Roussel est encore complètement inconnue dans neuf départements. Dans les départements où cette loi est soigneusement appliquée, la mortalité est descendue de 90 % à 10 et 6 %. Dans d'autres départements, cette loi est si mal appliquée, qu'elle ne donne aucun résultat. Si l'on exerçait plus soigneusement cette protection de l'enfance en France, on sauverait ainsi chaque année 150.000 enfants. Il faudrait, en outre, étendre la protection de l'Etat aux enfants moralement abandonnés.

M. Le Fort est beaucoup moins pessimiste que les orateurs qui l'ont précédé. La population de la France, dit-il, a notablement augmenté, de plus d'un million, de 1871 à 1881. Cette augmentation peut tenir à la nouvelle loi réduisant à trois ans la durée du service militaire ; les lois nouvelles devront tenir compte de ce fait. De même le nombre des enfants a augmenté par ménage, dans un dixième environ. Il ne faut donc pas trop assombrir le tableau.

L'Académie se forme ensuite en comité secret, pour entendre la lecture des conclusions du rapport de M. Guéniot, sur le concours du prix Capuron pour 1884. La question était ainsi conçue : *De l'influence du traumatisme et de la grossesse.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 *janvier* 1885. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS.

Ablation des tumeurs du sein. — M. Monod fait connaître les résultats de sa pratique relativement à l'ablation des tumeurs

du sein. Depuis trois ans, il a fait, en ville et dans les hôpitaux, 24 amputations du sein, dont 5 à l'hôpital d'Ivry et 19 en ville. Dans la grande majorité des cas, il a fait l'amputation totale ; dans les cas très rares où il a fait l'amputation partielle, il s'agissait de petites tumeurs extra-mammaires, et, dans ces cas, il n'a pas eu à regretter sa réserve. Sur 20 ablations, treize fois M. Monod a trouvé des ganglions axillaires. Dans tous les cas, il prolonge son incision vers l'aisselle pour explorer cette région. Il résulte de ses observations qu'en général l'infection ganglionnaire ne se produit qu'un an et demi, en moyenne, après le début de la maladie.

Depuis qu'il est chirurgien des hôpitaux, M. Monod s'est toujours montré fidèle observateur de la méthode antiseptique. Il a cherché la réunion immédiate chaque fois qu'elle a été possible : il ne l'a pas toujours obtenue, mais il n'a jamais eu à regretter de l'avoir cherchée. A ce point de vue, il divise ses observations en quatre séries : 1° les cas où il a obtenu la réunion immédiate primitive, ils sont au nombre de 5 ; 2° ceux où il a obtenu une réunion rapide, 10 cas ; 3° ceux où il a eu une réunion retardée, 7 cas ; 4° enfin les cas de réunion secondaire proprement dite, au nombre de 2.

M. Monod n'a pas eu à déplorer un seul cas de mort après l'opération. La fièvre a presque toujours été nulle.

Quant à la question des récidives, M. Monod élimine tout d'abord 5 cas de tumeurs non cancéreuses. Restent 19 cas de cancers : il compte 2 cas sans récidive après un an et demi, 2 cas sans récidive après deux ans, 2 cas avec récidive un an après. Il cite plusieurs exemples, entre autres celui d'une malade, opérée en mai 1880 par Broca, opérée depuis quatre fois par lui-même et qui, actuellement encore, se porte bien. Il a relevé 6 cas de récidive avérée, survenant dans l'année même de l'opération. Il résulte de l'examen de ces faits que l'on doit distinguer deux formes de cancer : l'une, grave, dans laquelle la récidive est fatalement prochaine, quoi qu'on fasse ; l'autre, plus bénigne, dans laquelle on peut obtenir des guérisons durables ou même définitives.

M. Monod n'a jamais fait d'opérations parcimonieuses. Il a toujours eu recours au pansement de Lister. Il n'emploie pas le spray, mais il lave toutes les plaies avec la solution phéniquée à 5 p. 100. Il place toujours deux gros drains couchés au fond de la plaie. Selon les cas, il en met un troisième dans l'aisselle. Il fait ses sutures avec le fil d'argent ; ses ligatures d'artère, avec le catgut ou la soie phéniquée. Il enlève généralement ses sutures le quatrième jour.

Ablation totale de l'utérus. — M. Terrier analyse un travail de M. Demons (de Bordeaux) sur deux cas d'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale. L'un de ces cas a été suivi de mort. Dans l'autre, il s'agissait d'un cancer, et la malade, opérée depuis deux ans, n'a pas encore de récidive et se porte très bien. M. Terrier insiste particulièrement sur l'importance de ce fait que, deux ans après l'ablation d'un utérus atteint de cancer, il n'y a pas encore trace de récidive.

M. Desprès fait les plus grandes réserves sur le diagnostic de cancer dans ce cas.

M. Terrier dit que toute discussion est impossible quand on

met en doute le diagnostic porté par les auteurs des observations. L'ablation totale de l'utérus n'est pas aussi impossible que semble le croire M. Desprès. Récamier, qui est un Français et un ancien, et qui, par ces deux titres, doit avoir toute la confiance de M. Després, a fait cette opération. S'il est démontré qu'elle est faisable et facile, il est tout aussi indiqué d'enlever complètement l'utérus atteint de cancer qu'une mamelle également cancéreuse. En outre, il ne faut pas oublier que cette opération a déjà été pratiquée maintes et maintes fois à l'étranger, et qu'il faut féliciter les chirurgiens français qui la mettent sérieusement à l'étude. M. Després, n'ayant pas fait cette opération, n'a pas le droit de la condamner.

M. DESPRÉS se croit le droit de faire des réserves sur des observations produites par des confrères des départements. On sait bien que cette opération a déjà été tentée en France qu'elle a donné de déplorables résultats. Il est donc non seulement de son droit, mais même de son devoir de faire, relativement aux observations du genre de M. Demons, toutes sortes de réserves.

M. BERGER dit qu'en effet. ces opérations ont été fréquemment pratiquées à l'étranger, mais qu'il semble que, depuis un certain temps, il y ait un retour d'opinion contre elles, à cause de la très grande fréquence, de la constance même des récidives.

M. POLAILLON pense que le cancer est plus habituellement limité au col ; le cancer débutant par le corps est très rare. Or on ne doit pas enlever l'utérus en totalité pour un cancer limité au col. Il suffit de dépasser les limites du mal pour avoir des chances de guérison. M. Polaillon rappelle avoir communiqué deux cas de guérison datant aujourd'hui, l'un de plus de deux ans, l'autre de plus de cinq ans. Ces ablations partielles de l'utérus ne sont donc pas, dans ces cas, seulement des opérations palliatives, mais bien des opérations curatives.

M. TERRIER répond à M. Després que l'ablation de l'utérus en totalité est possible chez une femme de trente ans. Ce n'est pas une opération réglée ; mais ne fait-on pas tous les jours des opérations non réglées ? L'ovariotomie, l'hystérectomie, sont-elles des opérations réglées ?

ÉLECTIONS. Ont été nommés : associés étrangers, MM. Pellizzari (de Florence) et Ihlifossowsky (de Moscou) ; correspondants étrangers, MM. Lewis Stimpson (de New-York), Saltzmann (d'Helsingfors), Plum et Studsgaart (de Copenhague) ; correspondants nationaux, MM. Poulet et Villeneuve (de Toulouse), M. Turgis (de Falaise) et M. Malherbe (de Nantes).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE.

Séance du 24 décembre 1884. — Présidence de M. Ed. MICHEL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu, mis aux oix, et adopté.

La correspondance imprimée comprend quatre numéros de . *Revue Médicale Française et Etrangère* et un numéro du *ulletin Médical du Nord.*

M. le Président annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne d'un de ses membres, M. le Dr de Fourcauld.

M. le Secrétaire général est chargé d'adresser à la veuve du Dr de Fourcauld, une lettre de condoléance au nom de la Société.

La parole est à M. Huchard, pour la lecture de son rapport sur la candidature de M. le Dr Eloy. — Le rapport conclut à l'admission du candidat.

Le rapport moral verbal, présenté par M. Philbert conclut dans le même sens.

La parole est à M. Julliard pour la lecture de son rapport sur la candidature de M. Boymond.

Le rapport conclut à l'admission du candidat. Le rapport moral verbal présenté par M. Collineau, conclut dans le même sens.

M. Leblond donne lecture de son rapport sur les travaux de la *Société des sciences médicales* de Gannat 1883-84.

On trouve dans les communications faites à cette Société d'intéressantes observations qui s'attachent à toutes les branches de la médecine.

Voici d'abord pour la *Chirurgie* et la *Pathologie externe* :

1° Une observation de *calculs de l'urèthre chez l'homme*, par le Dr Ambroise Régnier.

2° *Oblitération du canal de Warthon par une petite graine et ayant provoqué un commencement de grenouillette* (par le Dr Mignot).

3° *Un cas de luxation de l'articulation tibio-tarsienne en avant*, par le Dr Florian.

4° *Fracture des deux os de l'avant-bras à la suite d'une chute*, par le Dr Roudaire.

5° Une communication sur une *fluxion parotidienne*] survenue comme complication de l'éruption d'une dent de sagesse, par le Dr Fabre.

6° Extraction d'un *calcul engagé dans la muqueuse uréthrale* d'une jeune fille, par le Dr Sahut.

7° *Tumeur cancéreuse de la main gauche*, ayant nécessité l'amputation des deux derniers métacarpiens. — Guérison, par le Dr Amb. Régnier.

8° *Plaie par arme à feu dans la région du foie.* Guérison sans péritonite, par le Dr Fabre.

9° *Un cas de tétanos chez un homme de* 35 *ans*, à la suite d'une brûlure des jambes : traitement par injections de pilocarpine, et chloral d'opium. Mort au bout de sept jours, par le Dr Fabre.

10° *Luxation en avant et en haut de l'extrémité interne de la clavicule droite.* Réduction, par le Dr Paul Fabre.

11° Trois observations de *pemphigus aigu généralisé*, par le Dr Mignot.

Pour la *Pathologie interne* :

1° Des observations relatives aux *résultats obtenus par le traitement du diabète à Vichy*, par le docteur Mallet. L'auteur conclut, d'après son expérience personnelle, que les eaux de Vichy diminuent le sucre et la polyurie, mais que chez les vrais diabétiques le sucre ne disparaît jamais totalement.

2° MM. Cornillat et Mallat font une intéressante communication sur la *doctrine de l'acétonémie à propos d'un cas de coma diabétique.* Les auteurs concluent que dans l'immense majorité des cas de coma diabétique, l'acétonémie ne peut être invoquée comme cause directe absolue de cet accident, que la coloration rouge brun par le perchlorure de fer et la teinte rose clair par l'acide sulfurique s'observent non seulement dans les urines des individus succombant dans le coma diabétique, mais encore chez des gens amaigris, affamés et depuis longtemps glycosuriques.

Le Dr Logont présente un long travail sur *le zona et l'herpès labial sous le rapport de leur physionomie clinique*; un autre sur *la broncho-pneumonie herpétique.*

4° Une *observation de délire et de crises hystériques chez une jeune fille*, par le Dr Mignot.

5° Le Dr Fabre présente un travail sur les *manifestations cutanées de la lymphadénie dans le mycosis fongoïde.* L'auteur reconnait à cette singulière et rare maladie quatre périodes : une période initiale, caractérisée par l'apparition sur la peau de poussées successives simulant l'urticaire ou l'eczéma au début; 2° une période lichenoïde ; 3° une période de transition caractérisée par l'apparition des premières tumeurs néoplasiques et parfois l'engorgement ganglionnaire; 4° une période de cache-

xie, où les tumeurs microsiques se multiplient, s'ulcèrent et sont le point de départ des accidents cachectiques.

6° *Pneumonie et éruption d'herpès labial et pharyngien*, par le Dr Fabre. Ce même auteur fait aussi une communication orale sur quelques cas d'helminthiase.

7e *Les mineurs et l'anémie*, travail présenté par le docteur Paul Fabre.

Pour ce qui concerne l'*Obstétrique*, le docteur Mignot a fait une communication intitulée : *Observation d'accouchement de deux jumeaux* ; le premier enfant était mort ; le Dr Mignot attendit que le travail reprît de lui-même : ce n'est que huit heures après le premier que le second enfant vint au monde vivant ; en général, on donne le conseil d'extraire immédiatement le second enfant ; le résultat dans le cas particulier a donné raison à M. Mignot; mais cela ne veut pas dire, je crois, qu'il faudrait attendre dans tous les cas.

En *Médecine légale*, le Dr Florian demande à la Société un avis sur le cas d'une jeune fille âgée de 12 ans, atteinte d'hystérie convulsive et dont la première attaque aurait succédé à des attouchements. Les organes génitaux ne présentent absolument rien d'anormal ; aucune preuve matérielle n'ayant pu être fournie à la justice, l'auteur donne des conclusions très réservées.

En *Pharmacologie* et en *Chimie* : *Des analyses de calculs uréthraux et vésicaux* par M. A. Mallat et M. H. Bretet, ce dernier a fait aussi des *recherches sur la valeur comparative de quelques extraits de plantes narcotiques*.

Enfin, pour ce qui concerne la *Déontologie*, il y a une communication sur un cas de réforme présenté par le Dr Noir : l'exemption pour le service militaire était due à une légère exostose du genou gauche à la suite d'un abcès.

Enfin, le Dr Mignot, sous le nom de «*la douce parole*», donne quelques avis sur la façon d'interroger les malades, de leur témoigner de l'intérêt et de les consoler de leurs souffrances.

L'ordre du jour appelle les élections pour la composition du bureau pour l'année 1885.

Sont nommés :

Président, M. Huchard.

Vice-Président, M. Picard.

Secrétaires annuels, MM. DENIAU et TRIPET.

MM. FINOT et ROUGON sont chargés du rapport sur les comptes du trésorier.

Conseil de famille : MM. MICHEL, RELIQUET, PHILBERT, FINOT et RŒSER.— Comité de publication : MM. CHRISTIAN, LUTAUD, PRAT, DENIAU.

Le vote sur les candidatures de MM. Eloy et Boymond donne *oui* à la majorité des suffrages.

Séance extraordinaire pour le changement du jour des séances de la Société.

La parole est à M. FINOT pour la lecture de son rapport.

La commission propose de choisir le deuxième lundi de chaque mois. Une circulaire avertirait les membres de la Société de ce changement de jour.

La proposition est adoptée à l'unanimité des membres votants.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire annuel,
Dr TRIPET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 18 *décembre* 1884.— Présidence de M. BOULOUMIÉ.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. GILLET DE GRANDMONT, secrétaire général, procède au dépouillement de la correspondance, qui comprend les publications périodiques ordinaires.

M. LABARTHE demande que le rapport sur le prix biennal qui accorde cette récompense à M. le docteur MONIN conclue en même temps à l'admission du lauréat au titre de membre associé.

Cette proposition est adoptée.

Les conclusions du rapport verbal de M. LARRIVÉ, en faveur de l'admission de M. le docteur DAVID (de Givors) au titre de membre correspondant, sont adoptées.

Il est ensuite procédé aux élections pour le renouvellement du bureau, qui est ainsi composé pour l'année 1885 :

M. DELTHIL, Président; M. DANET, 1er Vice-Président ; M. GRENET, 2e Vice-Président. M. EARRIVÉ est maintenu dans ses fonc-

tions. M. Tolédano est élu secrétaire des séances. — *Comité de publication* : MM. Bissieu, Duchesne, Gigon, Lutaud et Signol. — *Conseil de famille* : MM. Bonnefin, Boulommié, Mathieu, Michel et Vial.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire,
Dr Larrivé.

Séance du 8 janvier 1885.— Présidence de MM. Bouloumié et Delthil.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Bouloumié remercie la Société de l'honneur qu'elle lui avait fait en le nommant président pour l'année 1884.

Il cède le fauteuil de la présidence à M. Delthil, qui remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la présidence pour l'année 1885.

Il propose des remerciements au Président sortant.

M. Brochin, secrétaire général-adjoint, procède au dépouillement de la correspondance qui comprend : 1° Une lettre d'excuses du secrétaire-général ; 2° une lettre annonçant la mort de notre collègue le Dr Mignon ; 3° une lettre de M. Apostoli avec travaux à l'appui, posant sa candidature comme membre associé ; 4° des lettres de démission des Drs Le Coin, Eramberg, Greslou et Lemaréchal; 5° une lettre de M. Regnier, de Surgères.

La Société décide que cette lettre sera envoyée au comité de publication.

La commission chargée d'étudier la candidature de M, Apostoli se compose de MM. Larrivé et Bonnefin, rapporteur.

Le Secrétaire général dépose sur le bureau, de la part de M. Limousin, une brochure de M. Vidal sur les applications thérapeutiques de l'oxygène.

Une commission composée de MM. Nicolas et Campardon, rapporteur, est chargée de faire un rapport sur ce travail.

Le trésorier donne l'exposé de la situation financière de la société pour l'année 1884.

Le Secrétaire général donne lecture d'un lettre du ministre de l'instruction publique demandant l'avis de la Société sur un document qu'il lui envoie et qui concerne des travaux historiques et scientifiques.

MM. Cyr et Bouloumié sont chargés de faire un rapport sur cette communication.

Le Président fait part à la Société du regret qu'il a éprouvé de ne pas avoir vu des membres de la Société assister aux obsèques d'un collègue récemment décédé, et propose qu'à l'avenir on délègue un certain nombre d'entre nous pour accompagner un collègue à sa dernière demeure.

M. Brochin donne lecture du rapport sur les modifications à apporter au règlement en ce qui concerne les élections.

Il propose de modifier l'article 12 de la façon suivante :

Toutes les nominations se font au scrutin secret. Pour être élu, il faut réunir la majorité absolue des suffrages au premier tour. — Au deuxième tour, la majorité relative suffit, et, en cas d'égalité des voix, celui qui est le plus anciennement admis dans la Société est élu.

Les conclusions du rapport de M. Brochin sont adoptées.

M. Jolly demande s'il n'y aurait pas lieu de modifier l'article 16 du règlement en ce qui concerne l'exemption du paiement du prix d'entrée et du diplôme.

Après discussion, la Société passe à l'ordre du jour sur cette proposition.

M. Campardon dépose le rapport qu'il a fait au nom de la commission chargée d'étudier les applications nouvelles à la thérapeutique. (Sera publié.)

M. Duchesne remercie M. Campardon de son travail remarquable et propose que la prochaine séance soit entièrement consacrée à la discussion de ce rapport. Il demande, en outre, que, pour l'année prochaine et les années suivantes, on remplace successivement le plus ancien rapporteur.

MM. Labarthe, Nicolas et le Menant des Chesnais sont nommés membres nouveaux.

M. Bouloumié fait un rapport verbal sur la communication du ministre de l'Instruction publique. Ce document ne contenant rien qui concerne l'hygiène ou la médecine, il propose de passer à l'ordre du jour. Adopté.

M. le Menant des Chesnais lit un travail **sur l'emploi de l'ergotinine dans le traitement des varices.** (Sera publié.)

Discussion. — M. Campardon remercie M. le Menant des

Chesnais de son rapport, parce que ce travail confirme les idées qu'il avait émises sur l'action de certains médicaments sur les veines. Il se propose de faire un travail à ce sujet. Quant aux troubles cérébraux passagers que ce médicament provoque, ils sont dus à la dose employée. Aussi, faut-il être circonspect dans son emploi. Il demande si l'application des compresses d'ergotinine ne produit pas le même effet que les injections.

M. Brochin demande s'il n'est pas arrivé à M. le Menant des Chesnais de piquer une veine. Pour éviter cet accident, il pense qu'il faut d'abord faire la piqûre et adapter ensuite la seringue à l'aiguille.

M. le Menant des Chesnais répond à M. Campardon qu'il n'a pas eu occasion d'employer le médicament sous forme de compresses et à M. Brochin, que pour éviter l'accident dont il parle, il suffit de bien saisir le tissu cellulaire.

M. Limousin fait une communication sur le cascara amarga et sur ses effets purgatifs *à la dose de* 25 *à* 30 *centigrammes*. (Sera publiée.)

La séance est levée à 6 heures et demie.

Le secrétaire,
Dr Tolédano.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN.

Séance du 12 *janvier* 1885. — Présidence de M. Ballay.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques et ordinaires.

M. le Dr Petel communique un travail intitulé : **Rétrécissement syphilitique du larynx, trachéotomie.** (Ce travail a été publié dans le n° 5 du 31 janvier, p. 173).

DISCUSSION.

M. Cerné. — J'ai remarqué dans la description de M. Petel l'absence du diagnostic précis de la lésion, et les résultats négatifs de l'examen du larynx, dont l'aspect est à peu près normal. Ce que cet examen révèle principalement, c'est l'immobilité des cordes vocales, et l'impossibilité de leur écartement. Ne pourrait-on pas se demander s'il ne s'agit pas là, surtout à l'heure actuelle, d'un défaut de contractilité, car le rétrécisse-

ment vrai serait constitué par un tissu fibreux rigide n'ayant plus le même aspect ? Dans cette hypothèse, l'électricité ne pourrait-elle pas avantageusement contribuer au traitement ?

M. Petel. — Je reconnais que l'examen laryngoscopique ne m'a pas permis de préciser la nature de la lésion qui a précédé les modifications constatées du côté de l'ouverture glottique. Je n'ai jamais vu d'ulcérations et je suis forcé de rester dans le doute au sujet de la lésion primitive ; je ne puis en constater que les conséquences ; aussi ai-je supposé, ainsi que je l'ai dit, que ce malade m'était arrivé guéri, par un traitement antérieur, d'une affection laryngée que ses antécédents m'autorisaient à considérer comme syphilitique.

Cette conviction m'est venue d'autant plus naturellement que j'ai déjà eu l'occasion de faire la trachéotomie à une femme dont le larynx présentait le même aspect et qui avait en même temps une perforation de la voûte palatine. Vous savez d'ailleurs combien est difficile, en certains cas, pour ne pas dire impossible, le diagnostic d'une affection laryngée par l'examen du larynx seul ; le diagnostic de la cause se fait alors plutôt par les antécédents et par les résultats que donne le traitement essayé comme pierre de touche.

La déformation du larynx, dans son diamètre antéro-postérieur et l'immobilité de l'arythénoïde droit, ne m'ont pas permis de m'arrêter à l'idée d'une paralysie, bien que j'y aie songé dès le début.

Les cordes vocales légèrement tuméfiées, rosées, sont immobiles, rapprochées en avant et en arrière sur une étendue de deux millimètres ; peut-être même sont-elles soudées entre elles en avant, par suite d'adhérences au niveau d'anciennes ulcérations, ainsi qu'il en est cité plusieurs exemples dans la thèse d'Etchebarne. Néanmoins, en raison de l'ancienneté de l'accident primitif de mon malade, en raison de la cicatrice adhérente aux côtes, je pense que la lésion laryngée a dû être un accident syphilitique tertiaire, qui probablement a porté sur les cartilages arythénoïdes.

La malade à laquelle j'ai déjà fait allusion avait évidemment aussi une lésion tertiaire du larynx, de même nature que celle qui avait amené une perforation de la voûte palatine.

Ces lésions syphilitiques tertiaires du larynx me semblent indiquer particulièrement une syphilis grave et rebelle ; la malade dont je viens de vous parler ne peut rester plus d'un mois sans prendre de l'iodure de potassium (et cela depuis deux ans) sans quoi la perforation de la voûte palatine tend à s'agrandir.

M. Cerné. — Il n'est pas probable qu'une symphyse aussi peu étendue que dans le cas présent pût amener les phénomènes observés, d'autant plus que si la glotte respiratoire ou interaryténoïdéienne fonctionnait normalement, c'est la voix surtout qui serait altérée, et la respiration (au dire des physiologistes) aurait pu s'effectuer relativement bien. Le rapprochement en arrière, donnant la forme de boutonnière, indiquerait mieux, il me semble, l'existence d'une périchondrite gommeuse sur la face interne des arythénoïdes, ou adhérences consécutives à ce niveau.

M. Hélot. — Je veux ajouter, au sujet du traitement ioduré de la syphilis du larynx, que l'on peut voir survenir au début une aggravation de la gêne respiratoire coexistant avec l'apparition des signes nasaux et pharyngés de l'absorption du médicament. J'ai observé à plusieurs reprises ce phénomène chez le même malade.

M. Petel. — Poyet admet que le traitement peut parfois amener une véritable aggravation par la formation d'une cicatrice hâtive ; il conseille d'aller lentement et d'interrompre au besoin.

M. Cerné. — Ce sont là deux modes différents d'aggravation, l'un passager, sorte d'iodisme du larynx, ou de gonflement inflammatoire dû à la première action de l'iodure, et l'autre permanent et beaucoup plus grave.

M. Gendron. — Il y aurait un perfectionnement à la fois simple et important à apporter à l'outillage qui nous est présenté. Si les olives intra-laryngiennes étaient creuses, la respiration pourrait se faire en même temps par les voies naturelles, dont il est bon d'entretenir te fonctionnement.

M. Petel. — Ces olives existent en effet ; elles ont été employées par Sterck.

M. Jude Hue. — Je m'associe pleinement à la remarque de

M. Gendron, et on reviendrait en quelque sorte au tubage que Bouchut proposait en 1858 à l'Académie de médecine, et dont l'idée a été reprise par Marc Ewen et par Hack.

D'autre part, quoique M. Petel n'ait pu déterminer au laryngoscope le siège de la lésion, il semble indiscutable qu'il existait dans le larynx un rétrécissement organique, puisque la première bougie n° 33 Béniqué, n'a pu traverser qu'avec peine et que ce n'est que progressivement que le n° 60 a pu être introduit.

Je suis très frappé, dans la circonstance, du résultat si différent obtenu par le simple passage des bougies Béniqué — dilatation progressive instantanée — et par le séjour prolongé des olives de Schroetter, procédé qu'on pourrait appeler de la dilatation progressive prolongée. En effet, pour le traitement des rérécissements de l'urèthre, chez l'homme, et du canal cervical, chez la femme, nous savons que la présence pendant quelques heures d'une bougie a une action beaucoup plus efficace que le passage de bougies dilatatrices retirées immédiatement. Et on peut se demander si ce n'est pas en vertu d'une loi s'appliquant à tous les rétrécissements cicatriciels, puisque la présence d'un corps étranger, d'un tube de caoutchouc dans une ouverture fistuleuse de la peau, par exemple, en cause bientôt l'élargissement.

Aussi, poussant plus loin l'analogie, n'en serait-il pas pour les rétrécissements si rebelles du larynx comme pour les rétrécissements de l'urèthre ; et, au lieu d'augmenter progressivement le calibre des olives, suivant la méthode de Schroetter, ne pourrait-on pas obtenir un résultat égal sinon supérieur en prolongeant plus encore leur séjour.

Pour l'urèthre, en effet, si on laisse en place la bougie filiforme qui est arrivée, après bien des tentatives, à franchir un rétrécissement très serré, il se passe bientôt dans celui-ci un travail, encore indéterminé, de ramollissement et de distensibilité qui permettra, au bout de 4 ou 5 jours, d'introduire d'emblée, en retirant la bougie filiforme, un gros numéro. C'est ce qu'on appelle la dilatation continue par la bougie à demeure.

Ce résultat paraît indépendant du diamètre de la bougie laissée en place et ne pourrait même être obtenu avec autant de sécurité avec une grosse bougie qui pourrait causer plus d'ir-

ritation. Je me demande si la même chose n'aurait pas lieu dans le larynx et si on ne pourrait obtenir là aussi de bons résultats à l'aide de la dilatation continue et d'olives d'un petit calibre.

M. le Dr Jude Hue communique un travail intitulé : **Quelques considérations sur les polypes utérins. Présentation de pièces.** (Ce travail est publié page 213.)

PRÉSENTATION.

M. le Dr Hélot présente une *pâte de savon antiseptique* qu'il recommande à ses confrères.

En voici la formule :

Crème de savon des parfumeurs	90 grammes.
Acide Borique	15 grammes.

Incorporez mécaniquement.

Cette pâte de savon qui contient de l'acide borique en quantité considérable est employée spécialement par M. Hélot pour le lavage des mains avant une opération ou un accouchement; elle lui sert à graisser les instruments et le spéculum. Il emploie à la maternité un savon analogue fait avec du savon mou du commerce. Mais il recommande surtout la formule qu'il donne plus haut.

L'acide borique est un antiseptique d'une grande puissance quand on peut l'employer à une dose suffisamment élevée, et il offre un avantage sur beaucoup d'autres dont l'action est plus active, c'est de ne pas être irritant pour les mains, même lorsqu'on en fait usage d'une façon très répétée, tandis que 0 gr. 50 d'acide thymique dans 90 grammes de crème de savon est caustique.

Quant au sublimé, qu'il a essayé d'incorporer au savon, son emploi n'est pas possible, car il se fait une décomposition qui en modifie complètement la nature,

ELECTION.

M. le Dr Caron est élu membre titulaire de la Société.

Le Secrétaire,
A. Cerné.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André;
Maison spéciale pour journaux et Revues.

5e Année. — T. VIII. N° 7 14 Février 1885.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE.

On sait que les chiffres ont toujours fait le désespoir de ceux qui corrigent sérieusement leurs épreuves : avec la meilleure volonté du monde, on laisse échapper des erreurs, ou bien les typographes au cœur léger négligent de tenir compte des corrections. Nous saurons si c'est à un accident de ce genre que seraient dus, ainsi que l'a dit M. Lunier, les chiffres plus consolants que M. Le Fort avait donnés dans la précédente séance pour montrer que la dépopulation de la France est loin d'être aussi accentuée qu'on l'avait avancé.

Le professeur Hardy accepte que cette dépopulation est bien réelle, mais il ne trouve pas qu'il y ait lieu de s'en affliger outre mesure. Le nombre ne fait pas le bonheur : c'est très possible cela ; mais M. Hardy n'a-t-il pas été un peu paradoxal en

FEUILLETON

UN INGRAT MALADE

« Il y plusieurs manières de se montrer ingrat envers les médecins : la première est de ne pas les payer ; la deuxième, c'est de les traiter d'ignorants. Quant à la troisième, à laquelle on n'avait guère songé jusqu'ici, c'est de les traduire en police correctionnelle... alors surtout qu'ils vous ont sauvé la vie ! »

C'est ainsi qu'hier, devant la 9e chambre, Me Barboux commençait spirituellement sa plaidoirie pour MM. Trélat, professeur à la Faculté de médecine, Delens, chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine, Gérard Piogey, médecin de l'asile de la Providence, et Emile Piogey, docteur en médecine, tous poursuivis, sous l'inculpation de blessures par imprudence, par un M. Bouyer, officier de santé, se disant docteur en médecine, rédacteur du *Courrier de la Bourse et des chemins de fer*.

Quels étaient donc les griefs de M. Bouyer?

disant que le nombre ne fait pas la force ? Il cite à l'appui l'exemple de la Suisse...... Le peuple Suisse a certainement toutes les qualités possibles ; mais que deviendrait son indépendance si le respect et l'inviolabilité des neutres n'étaient inscrits dans le code international ? L'exemple de l'Angleterre ne nous a pas paru non plus très heureusement choisi, car il est bien certain que si ce pays avait 40 millions d'habitants il serait bien moins embarrassé pour aller délivrer un de ses plus fantaisistes sujets.

En passant, M. Hardy replace sous leur vrai jour les doctrines de Malthus qui ne sont pas...... *ce qu'un vain peuple pense*, et dont des économistes fort respectables se sont déclarés les partisans. Malthus ne parle nullement de contrainte conjugale : il dit seulement qu'on ne doit pas faire plus d'enfants qu'on n'en peut nourrir. M. Hardy croit-il que si la doctrine de Malthus, ainsi rectifiée et épurée était pratiquée strictement, la dépopulation de la France ne marcherait pas infiniment plus vite ? Pour nous, cela nous paraît de la dernière évidence. Où le savant professeur a tout à fait raison, c'est lorsqu'il insiste sur la principale cause de la dépopulation, c'est-à-dire la terrible mortalité qui frappe l'enfance pauvre, surtout, au-dessous de 1 an, et sur l'action vraiment efficace que peuvent exercer les médecins pour l'atténuer : appliquer aussi sérieusement, aussi rigoureusement que possible la loi Roussel concernant la protection des enfants en bas âge, combattre et extirper les

---

— Au mois de mai 1883, racontait M. Bouyer dans les « attendus » de sa citation, je me suis piqué légèrement à l'index de la main gauche en clouant une caisse d'emballage. Ma sœur a fait venir le docteur Piogey, avec qui j'avais eu des relations de voisinage.

Le docteur Piogey m'impose son neveu : bientôt il appelle à mon lit le docteur Delens, puis le docteur Trélat. On s'assemble, on consulte, on fait sur mon pauvre corps de petites opérations ; je veux protester, on me conduit dans une maison de santé. Je deviens sujet d'expériences. Ma main n'est plus qu'une plaie. Le docteur Delens applique sur mes chairs saignantes l'alcool pur. On introduit dans l'avant-bras des drains ; on m'applique des pansements au camphre fermés. Ce sont tous les jours de nouveaux supplices. Au bout de six semaines, je sors enfin de la maison de santé, estropié pour toujours. Je reproche à MM.

préjugés du peuple des villes et des campagnes sur l'hygiène des nourrissons, ce sont là les deux grands moyens de relever le chiffre de la population, et pour atteindre ce but, nul n'est mieux placé que le médecin.

REVUE CLINIQUE

DES ADHÉRENCES DE L'INTESTIN DANS LES HERNIES

La thérapeutique des hernies est aussi ancienne que la chirurgie; néanmoins, ce sont toujours des affections réclamant des interventions délicates et précises. Depuis le jour où Fromo, d'illustre mémoire, pratiqua pour la première fois le débridement d'une hernie étranglée, bien des patients ont échappé cette terrible complication regardée jadis comme incurable et fatalement mortelle. Depuis une quinzaine d'années, les hernies ont bénéficié de l'étonnant progrès qui s'est accompli dans la chirurgie du XIXme siècle. On a employé souvent avec succès contre ces affections les méthodes antiseptiques; et grâce à leur efficacité, on a été plus hardi qu'à nulle autre époque on a repris des opérations réputées autrefois trop meurtrières et trop incertaines. C'est ainsi qu'on a essayé de remettre en

---

Trélat, Delens, Gérard et Emile Piogey de m'avoir soigné de vive force et de m'avoir martyrisé sans raison. Ils ont commis sur moi le délit de blessures par imprudence ; ils m'ont fait éprouver un préjudice que je ne saurais évaluer à moins de vingt mille francs.

Écoutons maintenant les docteurs :

— En 1879, dit M. Gérard Piogey, M. Bouyer s'était présenté à moi comme un docteur en médecine qui n'exerçait plus ; il était mon voisin. Le 31 mai 1883, j'ai reçu la visite de sa sœur; elle me remit une carte où le docteur me priait instamment de lui donner mes soins. J'arrivai en toute hâte. L'état du mala- [illegible] était grave. Il avait une fièvre ardente; le bras était tu- [illegible] fié. M. Bouyer s'était fait une blessure assez profonde à l'in- [illegible] de la main gauche avec un gros clou. J'appelai d'abord ; [illegible] mon neveu M. Emile Piogey, car il fallait des soins inces

honneur les sutures. les résections de l'intestin, enfin la cure radicale des hernies, ce rêve souvent décevant de la chirurgie.

Nous nous proposons d'étudier ici un tout petit coin peu exploré. peu mis en lumière dans l'histoire des hernies, et de rechercher si les adhérences de l'intestin au sac herniaire peuvent être l'objet d'indications opératoires spéciales, qu'on les considère dans les hernies non compliquées d'étranglement ou dans les hernies étranglées.

Les auteurs du siècle dernier ne parlent que d'une façon tout à fait incidente des adhérences herniaires, et si nous jetons un coup d'œil dans nos traités classiques de ces vingt dernières années, nous trouvons encore une réelle pauvreté de renseignements. D'après le professeur Gosselin, les adhérences sont rares dans les enterocèles, elles sont toujours molles et causent rarement des accidents. Scarpa établit, le premier, dans son important traité, une classification des adhérences de l'intestin dans les hernies ; il se base sur leurs caractères anatomiques. Il y en a, d'après lui, quatre variétés différentes : les adhérences gélatineuses, filamenteuses, membraneuses et charnues. Les caractéres que leur assigne Boyer sont plus frappants au point de vue opératoire ; il y a, pour lui, des adhérences lâches, celluleuses, faciles à détruire ; et d'autres qui sont denses, serrées, *inséparables avec les doigts*. Nélaton, décrivant les divers

---

sants de jour et de nuit. Des désordres infectieux se manifestèrent bientôt : l'intervention d'un chirurgien parut nécessaire.

— M. Bouyer m'a été recommandé, dit à son tour M. le docteur Delens, par mon ami le docteur Pénières, député. Une lymphangite grave s'était déclarée ; elle avait déterminé des foyers purulents. J'ai prescrit des pansements avec de l'alcool étendu d'une partie d'eau.

— M. Bouyer m'a été recommandé, s'écrie enfin le docteur Trélat, par une amie commune, Mme Ditle. Il m'a témoigné la gratitude la plus vive ; jamais il ne s'est révolté contre les opérations que nous avons jugées nécessaires : nous nous serions inclinés.

M. Bouyer nous reproche d'avoir fait passer des drains à travers les tendons de la main gauche et du bras. Mais l'usage des drains pour l'écoulement du pus est en quelque sorte classi-

modes d'adhérences de l'intestin avec le sac ou avec l'épiploon fait ressortir deux faits nouveaux et importants. Il signale les adhésions qui peuvent se faire entre différents points de la surface d'une même anse herniaire, et aussi les adhésions qui s'établissent entre plusieurs anses voisines.

M. Nicaise, en 1860, dans sa remarquable étude sur les lésions herniaires, donne une classification très analogue à celle de Scarpa ; nous l'adopterons en y ajoutant quelques particularités que nous avons relevées dans un certain nombre de dissections. On peut rencontrer des adhérences de quatre aspects différents :

1° Des adhérences *molles*, gélatineuses ou pseudo-membraneuses. Elles sont le produit d'un travail inflammatoire récent, la péritonite herniaire ; l'intestin est recouvert d'un exsudat rougeâtre ou saumoné, tomenteux, qui l'unit au sac. Ce dernier est souvent notablement injecté et la paroi intestinale est œdématiée et épaissie ; on peut facilement avec le doigt dissocier ces adhérences ; d'ailleurs, elles ne donnent aucun écoulement sanguin.

2° A un degré plus avancé, l'exsudat pseudo-membraneux s'est organisé : on a un tissu cellulaire jeune, encore mince et flexible. Alors, suivant que la hernie est encore mobile et réductible, ou qu'elle reste toujours dans le sac, ce tissu cellu-

---

que : dans chaque hôpital, on consomme plus de 300 mètres de caoutchouc pour drains.

J'accepte volontiers la responsabilité d'avoir fait transporter le malade dans une maison de santé. Son état était désespéré ; là seulement il pouvait avoir les soins nécessaires.

Nous ne pouvons pas discuter nos ordonnances avec les malades. Nous ne pouvons pas demander une autorisation par écrit s'il s'agit de leur tâter le pouls, ou un acte notarié s'il s'agit de pratiquer une incision.

Pour établir le bien-fondé de ses griefs, M. Bouyer avait fait appel à des témoignages provenant des sources les plus di-
rses. C'est ainsi que le tribunal a entendu : un marchand des
atre saisons, un dragon en garnison à Meaux, un cultivateur
environs de Châtellerault, etc. Toutes ces personnes, dont
plaignant avait reçu la visite pendant sa maladie et qu'il

leux prend des aspects variés qui expliquent ce que l'on trouve dans les diverses hernies. Quand elles étaient réductibles, l'adhérence avec le sac ou l'épiploon est plus ou moins allongée, sous forme de filaments ou de membranes de volume, de longueur et d'épaisseur variables. Nous avons plusieurs fois constaté que ces membranes sont blanches, lisses, non vasculaires; en les divisant, l'instrument tranchant n'a pas à craindre l'effusion du sang ou la blessure des organes voisins.

3° La troisième variété d'adhérences est tout à fait différente des deux autres. Produit d'un travail inflammatoire intense, favorisé par l'immobilité des parties irréductibles, elles ont la nature du tissu cicatriciel. Plus la lésion est ancienne, plus l'adhésion est intime. Arnaud signale des adhérences semblables à une cicatrice dure et calleuse. Quand le travail inflammatoire a été profond, quand il y a eu, comme dans une observation que nous rapporterons plus loin, un foyer de suppuration, un abcès du sac herniaire, la fusion des tissus est telle qu'il est devenu tout à fait impossible de distinguer ce qui est l'intestin et ce qui est le tissu cicatriciel.

Ce fait explique pourquoi nombre de chirurgiens repoussent comme impraticable la dissection des adhérences et pourquoi aussi les opérateurs les plus habiles ont pu blesser l'intestin en essayant de pratiquer une séparation absolument impossible.

---

avait priées de rédiger en son nom une plainte contre les médecins au préfet de police, sont venues plutôt attester son exaltation maladive que des violences médicales... qui n'ont jamais existé.

Cette exaltation, M. Pinard, étudiant en médecine, interne à la maison de santé où M. Bouyer a été soigné, l'a dépeinte en ces termes :

« Le délire du malade était si violent lorsqu'il est arrivé à l'hôpital qu'il criait au voleur ! à l'assassin ! qu'il prenait sa cuisse pour un cheval, son bras pour un poisson. Une nuit, pour le calmer, j'ai été obligé de lui montrer un petit carré de papier bleu, en lui disant que c'était la réponse télégraphique du préfet de police à la plainte qu'il lui avait adressée...

» J'ajoute que les soins dévoués de M. le docteur Delens, mon maître, aidé de MM. Trélat et Piogey, ont eu vite raison de cet

Ces graves adhérences se font ordinairement par de larges surfaces ; dans l'observation que nous relatons elles ont une longueur de 2 centimètres 1/2 sur 1 centimètre de largeur. Récemment nous avons disséqué une hernie inguinale ancienne et irréductible ; la surface d'adhésion formait une bande de 8 à 9 centimètres de long sur 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres de largeur. L'ancienneté plus ou moins grande de l'adhérence explique quelques-unes de ses variétés comme aspect et comme genre de tissus. Si elle est jeune, bien que très serrée, le tissu est très vasculaire; il contient de nombreux vaisseaux : c'est l'adhérence charnue de Scarpa. La dissection donnera lieu, dans ces cas, à un écoulement sanguin ennuyeux et opiniâtre auquel il faudra mettre fin avant de replacer l'intestin dans l'abdomen.— Quand le tissu cicatriciel est plus ancien, le nombre des vaisseaux a de beaucoup diminué, le tissu est dur, blanc; il crie sous le scalpel, mais alors il ne saigne pas.

Nous devons encore insister sur quelques cas particuliers qui nous paraissent justiciables d'une intervention tout à fait spéciale. Des adhérences peuvent rattacher l'une à l'autre deux portions plus ou moins rapprochées de la même anse. Dans quelques cas la hernie est volumineuse, depuis longtemps irréductible; elle a subi une ou plusieurs poussées inflammatoires, ou bien le travail phlegmasique s'est fait sourdement. Les

---

surexcitation mentale,comme de l'état purulent de M. Bouyer.»

C'est pourquoi, après avoir entendu Me Laguerre pour le plaignant, Me Barboux pour les honorables prévenus, et M. le substitut Jambois dans ses conclusions entièrement favorables à ces derniers, le tribunal, présidé par M. Feuilloley, a rejeté la plainte.

Puis, statuant sur la demande reconventionnelle des docteurs, qui non seulement n'ont pas reçu d'honoraires—ils n'en avaient pas réclamé—mais encore ont dû se déranger quatre ou cinq fois par suite de renvois successifs de l'affaire, le tribunal a condamné M. Bouyer à payer à chacun d'eux 3,000 francs à titre de dommages-intérêts.

Total, douze mille francs. Voilà le coût de cette « citation téméraire ».

(*Le Temps* du 29 janvier.)

anses sont alors toutes collées ensemble et comme creusées dans une masse solide. Il nous est arrivé en 1879, alors que nous étions interne de l'hospice des Ménages, de disséquer une grosse hernie ombilicale ainsi constituée. Elle avait le volume d'une tête d'enfant et elle contenait des anses d'intestin grêle qui se repliaient plusieurs fois sur elles-mêmes, et qui étaient si fortement adhérentes entre elles qu'une section au milieu de la tumeur montrait leur calibre béant sur la coupe. Dans un cas, que nous avons trouvé dans Arnaud, une grosse hernie scrotale contenait sept pieds d'intestin, dont les anses réunies toutes entre elles par des adhérences, formaient un paquet volumineux qui lui-même adhérait au sac herniaire.

Une observation de Riedel (*Centralblatt*, 1883, n° 23, supplément) montre une forme moins compliquée ; l'intestin était deux fois coudé sur lui-même et de solides adhérences reliaient entre elles les parties de sa surface, du côté concave, d'une façon si étroite que sa lumière était complètement oblitérée. Jobert de Lamballe rapporte une forme plus simple d'adhérence en U qui peut échapper à un examen superficiel. Deux fois il observa des adhérences de cette sorte qui reliaient entre elles les deux surfaces mésentériques en contact et formaient ainsi une large valvule qui obstruait complètement l'intestin. Il sera très difficile, on le conçoit, de remédier à cette disposition, car il ne suffit pas de sectionner un tissu cicatriciel ainsi disposé pour l'empêcher de se rejoindre.

Nous venons d'étudier rapidement les variétés anatomiques que présentent les adhérences de l'intestin dans les hernies ; nous avons établi leurs distinctions d'après les différents caractères qu'elles offrent tant sur le cadavre que sur le vivant ; envisageons maintenant le côté clinique de la question. Quelles sont les causes ordinaires de ces adhérences ? Quels caractères impriment-elles aux hernies non étranglées, ou quelles modifications apportent-elles aux accidents de l'étranglement ?

L'inflammation herniaire est la cause ordinaire de la formation des adhérences ; cependant, elles paraissent plus fréquentes dans les hernies crurales que dans les inguinales. La compression d'un bandage mal appliqué, contenant incomplètement les hernies, peut déterminer un travail subinflammatoire qui produit des adhérences : elles se rencontrent sou-

vent dans les hernies qui n'ont jamais été contenues, et les malades racontent toujours que leur hernie pouvait rentrer pendant de longues années sous la pression de la main, mais que depuis quelque temps, ils ne peuvent la réduire, bien qu'elle n'ait pas notablement augmenté de volume. Les abcès de la paroi du sac herniaire consécutifs parfois aussi à la pression du bandage, déterminent des adhérences très solides et très intimes soit avec l'épiploon, soit avec l'intestin.

Dans une hernie non étranglée on reconnaîtra assez facilement qu'il existe des adhérences, mais seulement dans certaines conditions. Quelquefois des adhésions filamenteuses très longues permettront à une hernie de rentrer complètement ; mais quand l'adhérence est multiple, quand elle est étendue, elle entraîne l'*irréductibilité*; souvent alors l'anneau herniaire est très large, la hernie est volumineuse et on y trouve avec l'intestin une portion plus ou moins notable d'épiploon. L'adhérence dans ces cas est donc une cause d'irréductibilité, et il faut noter ici que beaucoup de pelotes ou de bandages destinés à contenir ces hernies irréductibles produisent par leur pression des accidents inflammatoires subaigus qui augmentent l'étendue des adhérences ou les rendent plus étroites.

Un certain nombre d'individus portent de moyennes ou de volumineuses hernies irréductibles et adhérentes et n'en éprouvent aucune gêne ; d'autres, au contraire, accusent des troubles digestifs et de diverse nature et en arrivent à réclamer la guérison de leur hernie d'une façon pressante.

Certains états dyspeptiques persistants, tenaces, quotidiens tiennent à l'adhérence des hernies dans le sac ; ils se manifestent surtout quand les malades ont mangé plus que de coutumes, quand ils ont une alimentation trop végétale. D'autres fois, il y a des coliques sourdes, des tiraillements intestinaux au moment des digestions, quelquefois même des vomissements. D'autres malades souffrent de fréquentes névralgies lombaires, funiculaires ou crurales. Enfin, certains hypochondriaques ne doivent l'état maladif de leur esprit qu'à l'existence d'une hernie adhérente et irréductible. Ou a même observé plusieurs faits de mutilations volontaires chez des maniaques, qui portaient sur des hernies habituellement non réduites.

Une hernie caractérisée déjà par l'adhérence et l'irréductibi-

lité peut se compliquer de deux ordres d'accidents parfois très difficiles à reconnaître à première vue : *l'étranglement vrai* et le *pseudo-étranglement.*

Dans une thèse publiée en 1874, le Dr Mongeot, d'après l'inspiration du Professeur Trélat, attira l'attention sur les pseudo-étranglements causés par des adhérences de l'intestin. Plus récemment, en 1880, le Dr Bourguet (d'Aix) présentait à la Société de Chirurgie un mémoire sur l'étranglement dans les hernies compliquées d'adhérences anciennes et d'irréductibilité. Ces deux travaux importants montrent qu'il est une catégorie spéciale d'accidents herniaires, caractérisée par la marche moins rapidement grave des symptômes, la dépression moins rapide des forces des malades et la rapidité moins grande du processus gangreneux. Ces modifications sont dues à l'existence des adhérences herniaires. Dans les grosses hernies non adhérentes, on voit souvent ces accidents, qui ne sont que de l'engouement herniaire, se résoudre par le décubitus dorsal, l'application d'un bandage ouaté légèrement compressif ou de cataplasmes ; mais quand il y a des adhérences, comme la réduction ne peut se faire, les accidents d'engouement persistent de telle sorte que, cliniquement, on ne peut séparer ces cas de l'étranglement herniaire. Comme dans cet accident la gangrène pourra survenir, mais toujours d'une façon plus tardive, la kélotomie sera alors d'autant plus efficace que la vitalité des tissus sera conservée et que l'état général ne sera pas aussi altéré que lors des accidents de l'étranglement aigu qui tirent toute leur gravité du retentissement de la lésion locale sur l'état général.

Quelles indications thérapeutiques réclament les hernies adhérentes ? Un grand principe domine, on le sait, toute la thérapeutique herniaire : « Tout intestin hors du ventre doit y être rentré. » Mais peut-il s'appliquer absolument à toutes les hernies dont nous nous occupons ? Cette question ne peut encore actuellement être tranchée ; néanmoins, efforçons-nous de dégager les règles qui dans ces cas doivent guider notre conduite. Deux grandes catégories de faits s'offrent à nous : que faut-il faire dans le cas de *hernie adhérente non étranglée* ? comment faut-il traiter les adhérences dans une *hernie étranglée*?

(*A suivre.*) Dr BARETTE.

DE LA CHOLÉCYSTOTOMIE CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE DE SES INDICATIONS,

Par le docteur CYR, médecin inspecteur adjoint à Vichy (1).

(*Suite et fin.*)

La seconde indication de la cholécystotomie serait l'*ictère chronique*, à condition, bien entendu, que cet ictère tienne à une cause à laquelle l'opération en question soit susceptible de porter remède. En fait, il n'y a donc guère que l'ictère d'origine calculeuse qui puisse, à la rigueur, justifier la cholécystotomie. Ici, une première difficulté se présente : il faut faire le diagnostic différentiel de l'ictère ; or, il n'est pas toujours aisé de bien établir le diagnostic pathogénique de ce symptôme. Nous pourrions, à l'exemple de Musser et Keen, entrer dans de longs détails sur ce diagnostic différentiel ; mais il nous semble que cette digression serait ici un peu déplacée, d'autant plus qu'on trouvera facilement dans tous les ouvrages spéciaux les documents nécessaires pour, étant donné un cas d'ictère, en établir l'origine la plus probable.

Les auteurs américains que nous venons de citer ont fait valoir, comme il convient, l'indication tirée de l'ictère chronique, indication que nous ne repoussons pas absolument, mais au sujet de laquelle nous ferons de grandes réserves.

Personne n'ignore les nombreux inconvénients qu'entraîne l'ictère, pas plus que les graves accidents auxquels il dispose : il n'y a qu'à rappeler les troubles digestifs, la diarrhée, l'assimilation défectueuse, les insomnies persistantes par suite de démangeaisons opiniâtres, l'amaigrissement, le dépérissement, etc., que l'on constate souvent en pareil cas, sans compter la tendance aux hémorrhagies, à la cachexie, à l'ictère grave. Il est donc incontestable que l'ictère passé à l'état chronique constitue un danger sérieux.

Toutefois, et sans pour cela partager le même scepticisme que Wickham Legg et Lawson Tait sur le rôle de la bile dans l'organisme, il faut bien reconnaître que nombre d'ictériques, — nous ne parlons que des ictériques par cholélithiase, — digèrent assez bien, n'ont que peu ou point de diarrhée, ne mai-

(1) Voir les nos 5 et 6, des 31 janvier et 7 février 1885.

grissent pas considérablement, n'ont pas d'hémorrhagies et conservent assez bien leurs forces pour vaquer à leurs occupations habituelles, en un mot jouissent d'une santé satisfaisante. Si l'on songe, en outre, que ce bon état de santé leur permet de traiter l'affection à laquelle est lié leur ictère et de se débarrasser graduellement de l'un comme de l'autre sans courir de danger, on est un peu en droit de se demander si l'on serait bien fondé à proposer une opération qui est loin d'être sans gravité, et qui emprunte même aux conditions spéciales dans lesquelles elle serait pratiquée des chances d'insuccès. En effet, les chirurgiens qui se préoccupent de l'état général des sujets à opérer,— et le professeur Verneuil l'a montré mieux que personne — savent que les hépatiques en général et surtout les ictériques ne sont pas des sujets brillants pour la chirurgie opératoire : le fait seul qu'en dehors de toute intervention ils sont prédisposés aux hémorrhagies, montre assez combien sont à craindre chez eux les hémorrhagies secondaires qui suivent les opérations et qui le plus souvent résistent à tous les moyens hémostatiques. Il est à remarquer, en effet, que la plupart des malades qui ont succombé à la suite de la cholécystotomie ont été emportés par ces hémorrhagies en nappe si redoutables. C'est donc là une perspective peu encourageante et même une contre-indication sérieuse, surtout pour peu que l'opération ne soit pas urgente.

Si encore le résultat de l'opération était assuré, c'est-à-dire si l'on était certain de remplir le but qu'on se propose, qui est de lever l'obstacle cause de l'ictère ? Mais si le calcul siège à l'ampoule de Vater, il ne sera pas aisément accessible : de même il peut être fortement enclavé dans une autre partie du cholédoque et fixé en ce point par du tissu de nouvelle formation dont la déchirure, par le fait de l'extraction du calcul, risquerait de déterminer un traumatisme plus grave même que celui produit par l'opération.

On voit donc que l'indication de la cholécystotomie fournie par l'ictère chronique d'origine calculeuse est fort discutable, et, s'il se trouve des chirurgiens assez entreprenants pour la considérer comme très sérieuse, nous doutons fort qu'il se trouve beaucoup de praticiens pour partager leur avis.

Les deux confrères de Philadelphie déjà cités mettent en

avant une troisième indication qui est tirée des douleurs dues à la migration des calculs.

Il est certain que ces crises douloureuses présentent maintes fois une violence extraordinaire et reviennent assez souvent pour constituer une cause d'épuisement, de prostration nerveuse, et même de troubles cardiaques très sérieux, sans compter que les vomissements incessants dont elles sont souvent accompagnées ajoutent à cette fatigue excessive et contribuent à ce que ces crises mettent parfois l'existence en péril. Nous avons rapporté, dans notre *Traité de l'affection calculeuse du foie*, quelques exemples de mort plus ou moins rapide dans lesquels cette terminaison fatale a été due uniquement à la violence de la douleur et à l'épuisement consécutif aux efforts incessants faits pour vomir

Sans chercher à atténuer la portée de ces cas malheureux, il faut bien cependant faire remarquer qu'ils sont tout à fait exceptionnels, si exceptionnels même, qu'il serait impossible d'établir une proportionnalité tant soit peu approximative ; ajoutons que rien ne peut faire prévoir, dans la plupart des cas, si la crise sera d'une violence excessive et capable de faire naître des complications. Par conséquent, il n'y a pas lieu de songer à une cholécystotomie préventive.

Resteraient les cas où les crises, très intenses, se renouvellent très fréquemment et où les traitements les mieux appropriés n'apportent pas une amélioration assez rapide, cas fort rares d'ailleurs. Nous avons vu des sujets affectés de crises rebelles et extrêmement violentes, qui auraient été certainement décidés à subir quelque opération que ce fût pour être débarrassés de leurs souffrances. Dans ces cas, si l'état général est bon et le diagnostic bien établi, on serait autorisé, *sur l'insistance du malade*, à tenter la cholécystotomie. Néanmoins, nous savons par expérience qu'il ne faut jamais désespérer de venir à bout des coliques hépatiques les plus rebelles et les plus intenses, et par suite, même dans ces circonstances, l'opération en question peut être laissée de côté en raison des dangers qu'elle fait courir, et en tenant compte aussi qu'à l'aide de cette opération on n'est pas absolument sûr de débarrasser complètement les voies biliaires de leurs calculs, témoin le cas de Sims dans lequel on avait extrait une soixantaine de calculs de la vésicule,

et où l'autopsie montra qu'elle en contenait dix-huit autres enkystés. Dans deux autres cas, on a eu un mécompte analogue.

Après avoir essayé de montrer quelles sont, selon nous, les veritables indications de la cholécystotomie, il nous reste à dire quelques mots à propos de l'opération. Ce n'est pas que nous voulions décrire le manuel opératoire qui n'offre aucune difficulté sérieuse pour ceux à qui la chirurgie abdominale est familière, nous tenons simplement à faire quelques remarques soit sur les déceptions que peuvent rencontrer les opérateurs, soit sur les dangers de l'opération en elle-même. En effet, même en employant les procédés les plus rationnels, les choses sont loin de se passer aussi simplement, aussi naturellement qu'on pourrait le croire : la lecture attentive des observations publiées montre qu'on a souvent de l'imprévu dans cette opération.

Nous avons parlé du fait de Sims, qui croyait avoir extrait tous les calculs de la vésicule et qui en laissa encore dix-huit enkystés, il est vrai. Dans le premier des deux cas publiés récemment par Musser et Keen, l'opération ne put être terminée et on se borna à l'ouverture de la cavité abdominale et du péritoine. Dans ce cas, on avait bien, en effet, entrepris la cholécystotomie pour un ictère chronique avec crises de colique hépatique ; mais, après avoir ouvert l'abdomen, on se trouva en présence d'une masse dure, grosse comme le poing, adhérente au foie, au côlon et à l'intestin grêle. Comme on ne découvrait pas la vésicule ailleurs, on pensa qu'elle était englobée dans cette masse où on ne sentait du reste aucun calcul, et dont l'aspect fit craindre une tumeur de mauvaise nature.

Devant cette incertitude du diagnostic, et en considérant que l'état du sujet pendant l'opération avait donné quelque inquiétude, on s'en tint là, et on ne fit pas la cholécystotomie, bien que le diagnostic clinique eût été très correct, attendu que tous les symptômes habituels de la cholélithiase étaient présents, sauf qu'on n'avait pas vu les calculs.

Dans le second cas, encore un mécompte. Une fois la vésicule ouverte, on eut bien de la peine à trouver le canal cystique, — encore ne fut-on pas bien sûr de l'avoir trouvé, — et on ne put parvenir à découvrir la cause de l'obstruction, qu'on ne reconnut qu'à l'autopsie. Dans ce cas, en outre, bien que

durant la première période de la maladie on eût diagnostiqué une angiocholite catarrhale, au moment d'opérer on ne savait plus trop à quoi s'en tenir, et le diagnostic restait en suspens, comme dans un des premiers cas de Lawson Tait.

La cholécystotomie est-elle une opération dangereuse? A en juger par les résultats publiés, la mortalité ne serait pas considérable, puisque dans les 31 cas qui figurent dans le tableau de Musser et Keen, il n'y a eu que neuf décès; encore faudrait-il écarter, comme le font remarquer ces auteurs, un cas de Samuel Gross où la cholécystotomie n'a été qu'un incident dans une opération beaucoup plus sérieuse; le chiffre des décès est donc réduit à 8 sur 30. Si maintenant on retranche 4 cas dans lesquels il y a eu non pas seulement cholécystotomie, mais extirpation de la vésicule biliaire, et qui ont donné trois décès, il resterait 26 cas, auxquels on pourrait ajouter 2 cas heureux de Jules Bœckel qui ont été oubliés par les auteurs américains, total 28 cas qui ont donné seulement 5 morts, c'est-à-dire à peu près 18 p. 100. Mais peut-être faudrait-il tenir compte de ce fait que, sur ces 28 opérations, 13 ont été pratiquées par le même chirurgien, et que, par suite, l'habileté opératoire spéciale qu'il n'a pu manquer d'acquérir, lui a permis d'avoir des résultats plus favorables, car tous ses malades ont guéri. Cette proportion n'a évidemment rien de bien effrayant, mais enfin elle suffit pour montrer que l'opération en question n'est pas aussi inoffensive qu'on voudrait le faire croire à l'étranger.

« En lisant les nombreux cas, dit Keen, dans lesquels des calculs parfaitement accessibles et non enkystés ont amené la mort, j'ai été frappé de la quantité d'existences qu'avec un peu moins de timidité ou d'indifférence on aurait pu sauver. » L'auteur américain a bien un peu raison; mais il faut considérer qu'à moins d'admettre que tous les cas de cholélithiase ne devraient être traités que chirurgicalement, ce qui est tout à fait inadmissible, il est souvent fort difficile et même impossible, comme nous l'avons déjà indiqué, de prévoir quels sont s cas dans lesquels il surviendra des complications sérieuses. la est si vrai qu'en compulsant de mémoire les cas qui nous t le plus frappé par leur gravité parmi près d'un millier de de cholélithiase que nous avons observés, nous pouvons

dire que la plupart des sujets que nous avons vu mourir n'auraient paru présenter, quelques jours avant leur mort, aucune indication opératoire sérieuse, tandis que ceux dont l'état grave aurait certainement comporté une intervention chirurgicale ont guéri sans cela.

Ce qui empêchera très probablement que la cholécystotomie ne devienne une opération courante, c'est que — ou bien, pour la faire dans les meilleures conditions possibles, on la proposera dans des cas où, selon toute vraisemblance, les moyens ordinaires de la thérapeutique suffiraient à triompher du mal, et la chirurgie aura alors peu de chance d'être acceptée —, ou bien on y aura recours en désespoir de cause, quand tout aura échoué, et quand le malade sera dans un état tellement grave que l'opération risquera fort de hâter une terminaison fatale devenue presque inévitable.

En résumé, sauf la présence de tumeur biliaire, les autres indications de la cholécystotomie nous paraissent fort discutables. Dans les cas de tumeur biliaire, il y aura plus d'avantage à intervenir qu'à s'abstenir ; mais il faut agir de bonne heure. Dans les cas d'ictère chronique d'origine calculeuse, ou quand on a affaire à des crises opiniâtres très fréquentes, la cholécystotomie pourra être indiquée, mais seulement dans des cas tout à fait exceptionnels. En émettant cette opinion, nous n'entendons diminuer en rien les services qu'on peut attendre, au besoin, de l'intervention chirurgicale, mais nous nous basons principalement sur notre expérience de l'efficacité du traitement médical dans l'immense majorité des cas.

—

DE L'ALIMENTATION DES JEUNES ENFANTS PAR LA FARINE D'AVOINE.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

La question de l'alimentation des jeunes enfants et des différents procédés à suivre dans ce but se pose à chaque instant dans la pratique médicale. Le médecin est souvent embarrassé et il n'a pas toujours en dedans de lui des motifs sérieux et scientifiques à se donner pour conseiller un aliment plutôt qu'un autre.

Je ne parle pas de la question d'opportunité, c'est-à-dire du moment où l'on commence à nourrir les jeunes enfants autrement qu'avec du lait. Ici les règles sont précises. Tous les médecins sont d'accord. On sait que, dans les premiers mois de a vie, les organes anatomiques de la muqueuse intestinale ne sont pas suffisamment formés pour la digestion des féculents et qu'ils ne se forment que par degrés. Ce n'est qu'au troisième ou quatrième mois de la vie que les féculents peuvent être transformés et digérés par la muqueuse gastro-intestinale. Sous ce rapport, on peut donc affirmer qu'il est dangereux de donner des bouillies, des panades et autres substances féculentes avant le quatrième mois. Pour moi, je ne commence qu'au cinquième.

Mais lorsque le moment est venu et qu'on commence à vouloir donner autre chose que du lait aux jeunes enfants, quel est le mode d'alimentation à adopter ?

La viande doit être sévèrement exclue. Tout au plus doit-on permettre le bouillon de poulet ou de bœuf très faible. C'est le moment de commencer l'usage des potages féculents et des potages préparés avec les différentes substances farineuses connues. On peut employer l'arrow-root, le sagou, le manioc, ce qui se fait beaucoup dans nos colonies, la farine de riz ou de blé, la farine Morton, etc.

Des travaux entrepris sur la composition de la farine d'avoine, il résulte que cette céréale renferme de la matière grasse, un *principe aromatique* qui a quelque rapport avec celui de la vanille, et qui donne à la graine fraîche une odeur qui enivre parfois les chevaux et l'homme. Journet a pu l'extraire au moyen de l'eau, puis de l'alcool.

D'après les travaux de Payen, de Franckland, la farine d'avoine possède *l'équivalent nutritif et calorique* le plus élevé parmi les autres farines, et *en outre contient le plus de fer*.

D'après une analyse de Vogel, l'avoine contient :

Fécule	59.00
Albumine	4.30
Gomme	2.50
Sucre et principe amer	8.25
Huile grasse jaune verdâtre soluble dans l'alcool bouillant	2.00
Matière fibreuse	Q. V.

Davy, dans son analyse, y a trouvé 6 pour 100 de gluten, matière signalée par Vogel.

Dans cette occurence et pour fixer d'une façon plus précise la composition de cette farine, j'ai fait faire une analyse nouvelle par M. Brissonnet, interne de l'hôpital des Enfants malades et licencié ès-sciences.

Analyse de la farine Morton.

Pour 100 parties cette farine contient :

Eau		9.906	
Substances protéiques.	Albumine soluble...	2.100	
	Albumine insoluble.	9.400	
Matière grasse		6.525	
Sucre		0.965	
Gomme		1.570	
Dextrine		1.324	
Ligneux (son)		1.564	
Amidon		64.570	
Substances minérales (cendres)	*Fer* (*ou oxyde ferreux*, 0.0186)..	0.01456	2.075
	Chaux	0.09105	
	Magnésie	0.11652	
	Potasse	0.37883	
	Acide phosphorique (PhO^5).....	0.46578	
	Silice (SiO^2)	0.37897	
	Acide sulfurique	0.09050	
	Acide chlorhydrique, soude, etc. (dosés par différence)	0.53830	
Azotate total		1.61400	

L'examen microscopique n'a montré que de l'amidon d'avoine.

BRISSONNET.

Comme on le voit, d'après cette analyse faite avec tout le soin désirable, de façon à fixer la science sur la composition de *la farine Morton*, ce produit offre, pour l'alimentation des jeunes enfants, des avantages que l'on ne trouve pas au même degré dans les autres fécules habituellement en usage.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De l'hémoglobinurie. — M. Henrot rapporte deux cas d'hémoglobinurie : le premier a été publié en 1881 ; il s'agissait d'une homme de 32 ans, ayant eu la syphilis, malade depuis dix ans, présentant les accès caractéristiques de la maladie qui nous occupe.

A la fin de 1881, le malade a craché du sang et a eu de l'hématurie; à partir de ce moment, l'albuminurie, autrefois passagère, est devenue définitive ; le malade a succombé après une longue cachexie. Les poumons étaient remplis de cavernes, le foie était volumineux, toute la substance corticale des reins était remplacée par une substance cireuse. On peut donc distinguer chez ce malade trois périodes : une période prodromique sans caractères déterminés, ayant duré huit à neuf ans, une période d'état ayant duré deux ans, pendant lesquels les accès se produisaient sous l'influence du froid et de l'exercice musculaire ; enfin une période cachectique ou néphrétique qui a duré deux ans.

Le second malade, âgé de 35 ans, n'ayant pas eu la syphilis, a présenté, le 22 janvier 1884, son premier accès et le 28 février son quatrième et dernier accès.

Au point de vue étiologique, on ne peut invoquer dans ces deux faits ni la syphilis, ni le paludisme.

Si le froid produit l'accès, il faut aussi signaler l'exercice musculaire qui le produit également. Ces faits sont à rapprocher de ceux que Leube a publiés d'albuminurie passagère à la suite de marches forcées chez les militaires.

Quant à l'agent qui amène la fonte du globule, c'est bien dans la masse du sang qu'il agit, et non dans la vessie ou les reins.

Les urines du premier malade étaient hémaphéiques, celles du second renfermaient de l'urobiline ; si l'on rapproche ces faits de l'hémoglobinurie expérimentale décrite par Lechteim, il est permis de supposer que ce serait sous l'action de ces substances que s'opérerait la dissolution de l'hématie.

Si cette hypothèse était exacte, il y aurait lieu de traiter l'hémoglobinurie par les inhalations d'oxygène, et dans les cas graves, alors qu'il n'y a aucune lésion organique, de transfuser trente ou quarante grammes de sang.

M. Henrot a pu arrêter par ce moyen des suffusions sanguinolentes qui se faisaient par les bronches, le péritoine et les reins.

Si le premier malade n'avait pas été tuberculeux, M. Henrot aurait certainement recouru à ce procédé. (*Congrès de Blois*).

De l'examen du sang au point de vue du diagnostic [des maladies aiguës. — M. Hayem attire l'attention sur un point qui fait pressentir l'utilisation de l'examen du sang dans la clinique, et montre qu'il existe un large chapitre de la séméiologie qu'on pourait intituler séméiologie du sang dans le diagnostic des maladies. M. Hayem, n'envisageant actuellement que l'examen du sang dans les maladies aiguës, rappelle combien le sang est difficile à examiner avec précision en raison de son excessive vulnérabilité. En effet, tout traumatisme, la présence de corps étrangers, la dessiccation altèrent ses éléments et modifient les résultats de l'examen. A ce propos, il rappelle qu'il a imaginé un procédé d'examen du sang peu appliqué par les médecins, bien que son extrême facilité permette en quelques instants d'obtenir un résultat suffisant.

Sur une lame de verre dans laquelle on a circonscrit un disque de 3 millimètres, on dépose une goutte de sang qui occupera ainsi une certaine épaisseur de la plaque. On la recouvre d'une lamelle. Au bout de peu de temps, on peut acquérir l'habitude d'avoir des préparations de même épaisseur. Ce moyen permet d'étudier le processus de coagulation et d'indiquer la quantité de fibrine : à l'état normal, le nombre de stries qui forment le réticulum fibrineux est peu abondant ; mais, dans l'état pathologique, il augmente d'une quantité variable ; on peut ainsi faire le dosage de la fibrine et remplacer par ce moyen clinique le procédé chimique mis jusqu'ici en usage. C'est là un grand avantage qui permet de suivre les variations de la fibrine depuis le début jusqu'à la fin de la maladie ; du reste, le procédé chimique est difficile à mettre en pratique aujourd'hui que la saignée est si peu employée.

Les applications cliniques sont les suivantes : souvent les affections fébriles sont d'un diagnostic difficile au début, la présence d'un réticulum suffit à elle seule pour écarter l'accès intermittent. Mais, quand il existe, plusieurs cas peuvent se présenter qui permettent de distinguer, par exemple, la synoque de la fièvre typhoïde : quand le réticulum est peu épais, à coup sûr l'on peut affirmer l'existence d'une fièvre typhoïde ; quand il est épais, au contraire, la synoque est certaine et cette simple constatation suffit pour écarter l'idée d'une dothiénentérie.

Il faut cependant savoir qu'il est un certain nombre de maladies qui font exception, mais ces exceptions conduisent à établir des diagnostics intéressants. Par exemple, dans une phlegmasie, la constatation du réticulum ne fait que confirmer le diagnostic : mais s'il manque et que, d'autre part, la phlegmasie soit évidente, c'est qu'on est en présence d'une pneumonie symptomatique de la fièvre typhoïde ; s'il n'est que peu abondant, c'est une pneumonie tuberculeuse à laquelle on a affaire. (*Congrès de Blois.*)

Des déplacements de la rate. — Daprès M. Soulez il existe une variété singulière de tumeur intra-abdominale constituée par la rate hypertrophiée qui, dans les quatre cas observés par l'auteur, en Sologne, avait quitté l'hypochondre gauche pour apparaître dans des points fort différents de la cavité abdominale.

Tous ses malades étaient attaeints de cachexie paludéenne. L'administration prolongée de sulfate de quinine et de sulfate de cinchonidine fit disparaître la tumeur.

L'auteur repousse la splénotomie qui a été proposée et pratiquée dans des cas de rate mobile hypertrophiée.

Recherches sur la signification des micro-organismes pour la production de la diphthérie chez l'homme, chez le pigeon et chez le veau. — (Communication du Conseil de salubrité impérial, Dr Loffer, Berlin.)— **Etat de la diphthérie chez l'homme.**— Parmi les différents micro-organismes constatés dans les membranes diphthéritiques, le présentateur n'a pu reconnaître que chez deux une importance spécifique, dont il tenta la culture et l'inoculation chez des

animaux, après quoi il reconnut que, sous l'une de leurs formes les micrococcus en chaîne qui se trouvent à la surface des fausses membranes diphthéritiques, n'amènent pas l'infection diphthéritique, et ne peuvent être considérés, selon toute apparence que comme des campagnons accidentels de la diphthérie, tandis qu'à la seconde forme, aux bâtonnets de Klebs appartient très vraisemblablement une importance spécifique, puisque leurs cultures iutroduites chez des animaux produisent souvent l'infection diphthéritique. Cependant les résultats de ces expériences n'étaient pas tout à fait uniformes, si bien que la spécificité, n'est pas absolument encore au-dessus de toute contestation. Les deux ordres de faits parlent si bien en faveur d'une spécificité que le présentateur regretta complètement leur absence dans une série de faits typiques de diphthérie, de même qu'il trouva dans la salive d'un enfant bien portant des organismes avec les mêmes propriétés morphologiques et pathologiques. Du reste que les bâtonnets de Klebs n'aient pas été plus tôt constatés par d'autres observateurs, cela tenait aux méthodes de colorations défectueuses jusqu'alors.

Quant à la diphthérie du pigeon et du veau, elle s'annonce aussi comme une maladie à bacilles, sans que ces bacilles qui sont très vraisemblablement le fond de cette maladie puissent être considérées comme identiques à ceux qu'on rencontre dans la diphthérie de l'homme.

Emploi thérapeutique du chlorure d'or et de sodium, par Rob. Bartholow. — Le professeur de thérapeutique de l'Université de Pensylvanie a constaté que ce médicament exerce une action remarquable sur la nutrition des tissus, dont il active les métamorphoses, en même temps qu'il agit favorablement sur la constitution du sang. Il signale notamment ses bons effets dans les scléroses rénale et hépatique, et spécialement dans la sclérose des cordons postérieurs de la moelle. Employé avec assez de persistance au début de l'ataxie locomotrice, il a paru arrêter la marche de cette affection. Dans cette forme d'hypochondrie qui coïncide avec un début de processus dégénératif des vaisseaux cérébraux, l'auteur a observé d'excellents résultats avec le chlorure d'or et de sodium. De même dans la débilité sexuelle, dans la dys-

ménorrhée par menstruation insuffisante, dans la métrite chronique accompagnée de ces derniers symptômes, l'administration de ce médicament suffisamment prolongée a été suivie de très bons effets. Aussi le Dr Bartholow est-il convaincu que ce sel mérite d'être mieux étudié. Quant à la dose employée, elle a été de trois milligrammes. (*The thérapeutic Gazette*, septembre 1884.) J. C.

Recherches expérimentales sur l'action physiologique du bromure de zinc, par le Dr BALDASSARE TESTA. — Les expériences faites par l'auteur sur des animaux de diverses espèces (grenouilles, souris, lapins), avec le bromure de zinc, l'ont conduit à formuler les conclusions suivantes :

1° A petites doses, le bromure de zinc détermine un émoussement de la sensibilité ; plus tard et à des doses plus fortes, une diminution de la motilité ; à doses très fortes, cette double action s'accentue et il en résulte une paralysie et une anesthésie complètes ;

2° Quand les doses employées ne dépassent pas une certaine limite, ces troubles de la sensibilité et de la motilité sont réparables ;

3° Chez les grenouilles, le bromure de zinc détermine l'arrêt du cœur en diastole ; toutefois, cet effet est plus lent à se produire que quand on administre le zinc pur ;

4° L'action physiologique du bromure de zinc se rapproche davantage de celle du zinc que celle du bromne qui intéresse simultanément la sensibilité et la motilité ;

5° Un certain degré de somnolence, qui se montre chez les mammifères, montre que dans le bromure de zinc l'action du zinc est modifiée dans une certaine mesure par la présence du brome ;

6° A la période première de son action, le bromure de zinc agit sur les ramifications terminales des nerfs sensitifs ; à une période plus avancée, ce sel affecte les centres spinaux, sans ménager les troncs nerveux. La somnolence qu'on observe chez les mammifères est une preuve que le bromure de zinc agit également sur le cerveau.

De l'ictère catarrhal, par A. CHAUFFARD. — L'auteur apporte deux cas d'ictère catarrhal remarquables par les symp-

tômes généraux et par la marche de la maladie qui leur donnaient plutôt l'allure d'une affection *totius substantiæ*, et même, pourrait-on ajouter, les faisaient assez ressembler à ce qu'on a décrit sous le nom d'ictère pseudo-grave. En effet, dans les deux cas, les phénomènes de début ont consisté en abattement, courbature et perte des forces, douleurs contusives dans les masses musculaires, anorexie et vomissements. Presque en même temps est survenu une hypercrinie bilieuse qui a précédé l'apparition de l'ictère; enfin, la maladie a été jugée dans les deux cas par une *crise urinaire*, c'est-à-dire que la quantité d'urine et d'urée, considérablement diminuée à un moment, a monté tout à coup à un chiffre très élevé pour redescendre ensuite lentement vers l'état normal, et alors apparaît la convalescence, relativement longue d'ailleurs, ce qui est également à noter. Ajoutons que les reins ont été un peu touchés, car il y a eu albuminurie pendant plusieurs jours.

En raison de toutes ces particularités, l'auteur conclut que le catarrhe angiocholique n'a pas été dans ces cas le fait prédominant, primitif, mais bien une manifestation locale d'une maladie générale dont la cause est peut-être mal déterminée, mais qu'on peut rapprocher des maladies infectieuses ou des intoxications. Pour l'auteur, il y aurait plutôt intoxication, et l'agent toxique consisterait en ptomaïnes qui résulteraient de l'action d'innombrables micro-organismes qui ont le tube digestif pour habitat et qui concourent pour une large part au travail digestif par l'influence qu'ils exercent sur les matières azotées et hydro-carbonées. Les recherches ultérieures nous fixeront sur la valeur de ces vues un peu hypothétiques, mais très acceptables. (*Revue de Médecine*, janvier 1885.) J. C.

ANATOMIE ET PATHOLOGIE

Dégénérescence canéroïdale d'un kyste sébacé du cuir chevelu, par Delassus. — L'auteur ayant observé un cas intéressant de cancroïde développé sur la paroi d'un kyste sébacé, a fait quelques recherches bibliographiques à ce sujet et a cru pouvoir poser les conclusions suivantes : 1° La transformation cancroïdale des kystes, ou mieux le développement d'un cancroïde sur là paroi d'un kyste sébacé est rare : 2° Vu

l'analogie qui existe entre les symptômes d'une simple loupe ulcérée et ceux d'un véritable épithélioma, le diagnostic différéntiel est difficile :

3° L'analyse microscopique et surtout la récidive, après ablation complète, indiqueront la naturé maligne de la tumeur ;

4° Pour parer à toute éventualité, le traitement des loupes ulcérées sera énergique et complet.

Je n'ai que des éloges à adresser à l'auteur pour la façon sobre et précise dont il a traité son sujet ; mais il me semble que puisqu'il faisait tant que d'étudier avec quelques détails ce point précis de l'évolution des tumeurs, il aurait pu le faire avec un peu plus d'ampleur, et envisager la question à un point de vue plus général. Partant des lésions des glandes sébacées, puisque dans son cas la maladie primitive était une affection de ces glandes, n'aurait-il pas pu montrer que la transformation épithéliomateuse de la paroi du kyste n'avait rien qui dût étonner ? N'y a-t-il pas en effet une variété d'épithélioma qui se développe aux dépens des glandes sébacées ? Andouard n'a-t-il pas étudié dans sa thèse la transformation de l'acné sébacée partielle en cancroïde ? Certes, l'épithélioma qui se développe dans les glandes sébacées, garde pendant longtemps des caractères tout à fait spéciaux. C'est un épithélioma torpide en quelque sorte, bénin. superficiel, formant de toutes petites tumeurs à centre déprimé, parfois ulcéré et saignant, et recouvert d'une croûte d'un brun noirâtre, adhérente, à bords surélevés le plus souvent circinés, paraissent être constituées, quand on tend la peau à leur niveau, par un chapelet de petites tumeurs globuleuses, semblables à des perles. Cette lésion toute en surface, garde pendant fort longtemps ces allures, et reste stationnaire, ou tout au moins s'étend très lentement par ses bords à la façon d'une syphilide serpigineuse. Mais parfois, après des années de cette évolution, elle peut changer de caractère, devenir profonde, s'accompagner d'engorgement ganglionnaire, d'infection générale, et prendre en un mot tous les caractères cliniques de l'épithélioma, vraie variété de cancer, après n'avoir été pendant de longues années, qu'histologiquement épithéliomateuse. Il y avait, ce me semble, à tirer de ces faits et des autres faits connexes, des vues générales fort

intéressantes sur l'évolution des tumeurs et des épithéliums. (*Journal des sciences médicales de Lille*, du 20 avril 1884.)

Dr L. BROCQ.

Tumeur du poumon. — M. S. WEST a présenté à la Société pathologique de Londres trois pièces anatomiques de tumeur du poumon et donné sur elles les renseignements suivants. Un jeune homme de dix-huit ans, qui avait eu la cuisse amputée pour un ostéosarcome quelques mois auparavant, vint consulter, se plaignant de douleurs dans la poitrine, de dyspnée, de palpitation ; environ 50 onces de liquide sanguinolent furent enlevées de la plèvre par l'aspiration. A l'autopsie on trouva plusieurs tumeurs dans les deux poumons ; elles étaient de même nature que celles qui avaient nécessité l'amputation de la cuisse. Aucune trace de récidive dans le moignon. Un homme de trente-neuf ans était malade depuis un mois et semblait avoir eu une pneumonie ; à son entrée à l'hôpital on trouva un léger épanchement à la base du poumon droit ; son évacuation n'amena aucun soulagement. A la nécropsie on découvrit à la partie inférieure du poumon droit une masse néoplasique comprimant les bronches et les vaisseaux, que l'examen microscopique montra être un squirrhe. Le dernier cas, analogue au précédent, a été observé chez un homme de soixante-deux ans. Les dégénérescences secondaires du poumon ne sont pas absolument rares, il n'en est pas de même des dégénérescences primitives, telles qu'en ont présenté les deux derniers malades. Un autre point intéressant dans ces deux cas, c'est l'unilatéralité de la lésion ; on doit aussi noter l'extension du néoplasme de la racine des bronches vers leurs extrémités, déterminant ainsi des lésions et des symptômes, dont le diagnostic avec la phthisie et les tumeurs du médiastin présente les plus grandes difficultés. (*Société pathologique de Londres*, 6 mai 1884).

MALADIES MENTALES

De la folie gémellaire, par le Professeur BALL. — Certains jumeaux présentent, soit au point de vue intellectuel, soit au point de vue de la physionomie et de l'expression du visage, soit au point de vue de la maladie et de la santé, une

ressemblance tellement parfaite qu'elle paraîtrait conduire à l'identité.

Ces ressemblances s'accusent, non seulement au point de vue extérieur, mais surtout au point de vue de l'organisation intime du système nerveux. M. le professeur Ball, dans un article de *l'Encéphale*, fournit de remarquables exemples de cet ordre de faits. On a vu chez des jumeaux la même maladie éclater avec les mêmes caractères et presque au même instant; mais, si la maladie dont il s'agit est l'aliénation mentale, cela prouve davantage encore la similitude de l'organisation cérébrale chez l'un et l'autre sujet.

Les cas de folie gémellaire sont peu nombreux dans la science. M. Ball appelle folie gémellaire l'aliénation mentale se développant presque simultanément chez deux jumeaux avec le même genre de délire et en dehors des conditions habituelles où se manifeste la folie à deux ou folie communiquée. L'aliénation mentale se développe alors dans des conditions propres aux jumeaux et que M. Ball caractérise par ces trois termes : 1° simultanéité de l'explosion des accidents ; 2° parallélisme des conceptions délirantes et des autres troubles psychologiques ; 3° spontanéité du délire chez chacun des deux individus qui s'en trouvent atteints.

M. Ball rapporte avec détails la double observation de deux sœurs jumelles, très ressemblantes au physique et au moral, et qui, sous l'influence d'une même affliction, virent éclater, à quatre jours d'intervalle, le même délire avec excitation maniaque, hallucination de la vue et des autres sens, idées ambitieuses et mystiques et trouble intellectuel généralisé. Il faut supposer une similitude d'organisation cérébrale bien complète pour que cette réaction se soit produite sous l'influence d'une même cause et avec un parallélisme aussi frappant.

Moreau (de Tours) rapporte l'observation de deux frères jumeaux dans la famille desquels s'étaient déclarés des cas d'aliénation mentale ; ils étaient atteints de délire des persécutions, et, chose curieuse, quoiqu'ils fussent internés dans deux asiles différents, séparés l'un de l'autre par plusieurs kilomètres, les exacerbations et les transformations de leur délire se produisaient le même jour et presque à la même heure.

Tel est encore le fait rapporté par le Dr Baume dans lequel deux jumeaux, qui habitaient deux localités différentes, firent au même moment le même rêve effrayant et allèrent se noyer au même endroit. Telles sont aussi les trois observations rapportées dans le *Journal of mental science* de 1883 et 1884.

En somme les faits de ce genre sont peu communs ; peut-être cela tient-il à ce que les malades, généralement séparés, sont vus par des observateurs différents.

Quelque peu nombreux qu'ils soient, ces documents permettent cependant de tirer des conclusions intéressantes. Dans toutes les observations de folie gémellaire que M. Ball a pu réunir, la ressemblance la plus étroite au point de vue physique et moral a été signalée. Comme dans tous les cas observés la forme de délire était essentiellement la même, tandis que la date de l'explosion des accidents coïncidait de la façon la plus évidente chez l'un et l'autre sujet ; on est fondé à croire que, dans ces perturbations intellectuelles, il faut voir l'indice d'une profonde similitude dans l'organisation cérébrale et d'un fonctionnement physiologique marchant pour ainsi dire parallèlement.

Il est de ces jumeaux dont la généalogie paraît absolument irréprochable au point de vue de l'aliénation mentale ; il s'agit donc d'une affinité intellectuelle et morale qui dépasse les limites ordinaires de la consanguinité.

Ainsi que le fait remarquer M. le Professeur Ball, les jumeaux sont des frères plus étroitement unis que les autres. Nés à la même date, conçus dans des conditions identiques, ils ont subi les mêmes influences pendant toute la durée de la gestation, et il en est résulté, dans quelques cas au moins sinon dans tous, une profonde analogie dans l'organisation cérébrale, dans la santé physique. C'est là la seule origine admissible de ces accidents pathologiques qui se manifestent au même instant et suivent chez les deux malades une marche absolument identique. (*France médicale*. octobre 1884.)



REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'administration de l'hygiène publique à l'étranger et en France, par Henri Ch. Monod, préfet du Calvados, 1 vol. in-8°, 104 pages avec graphiques. Caen, 1884.

M. Henri-Charles Monod, préfet du Calvados, vient de publier, sous forme de rapport au Conseil d'hygiène de son département, un travail du plus vif intérêt sur l'administration de l'hygiène publique à l'étranger et en France.

S'étant rendu à Londres pour visiter l'exposition d'hygiène, l'auteur a eu l'occasion de réunir de précieux renseignements sur ce sujet et par suite il a tenté, pour ainsi dire, de monographier la situation de la médecine publique dans quelques pays, notamment en Angleterre, en Belgique, en Italie, aux Etats-Unis, pour en tirer, dans une seconde partie, des arguments en faveur des réformes applicables à la France. Ne pouvant, à notre regret, reproduire en entier cette seconde partie conçue avec l'esprit pratique que l'on devait s'attendre à rencontrer chez un homme rompu aux affaires administratives, nous en exposerons du moins les données principales.

Avant tout, avec l'unanimité des hygiénistes de notre temps, M. Monod réclame une direction de la santé publique : il la conçoit placée dans les attributions du ministre de l'Intérieur, le ministère et la direction étant assistés d'un conseil supérieur ou national.

Au chef-lieu du département il maintient le conseil d'hygiène et place dans les circonscriptions une commission de salubrité.

Un bureau d'hygiène sur le modèle de celui qui existe à Bruxelles serait installé dans chaque préfecture, ainsi que dans les villes comptant plus de 10,000 habitants.

Les fonctionnaires de ces services comme de tous ceux ressortissant à la médecine publique seraient rémunérés.

La législation, selon M. Monod, devrait être complétée par des lois tendant à rendre obligatoires : les dépenses sanitaires ayant un caractère d'intérêt public, l'inspection des écoles publiques et privées, la déclaration par les médecins des causes de décès et des cas de maladies contagieuses et transmissibles.

A l'exemple de l'Angleterre, il voudrait que l'autorité départementale ou communale et la première à défaut de la seconde, eût le droit de faire exécuter aux frais des particuliers ou des communes, les travaux reconnus indispensables à la santé publique.

Arrivant au budget, M. Monod rappelle avec raison que si l'on parvenait à diminuer la mortalité de 2.59 °/₀₀ comme on l'a fait en Angleterre, ce serait une économie annuelle de plus de 183 millions que ferait la France.

M. le préfet du Calvados, on le voit, a proprement édifié une œuvre complète, bien qu'il ait la modestie de s'en défendre. Son projet répond à tous les besoins et donne satisfaction aux vœux qui ont eté formulés jusqu'ici sur la matière.

Nous aurions peut-être désiré plus de développements concernant un des facteurs principaux du problème : nous voulons parler du médecin ou de l'inspecteur sanitaire, de celui qui serait chargé de visiter les locaux, de relever les causes d'insalubrité, etc. Nous pensons néanmoins que l'importance du rôle de ce fonctionnaire n'a pas échappé à l'auteur, puisqu'il ne manque pas de recommander la création de postes analogues à ceux des *medici condotti* italiens. En citant les *medical officers* d'Angleterre, la pensée de l'auteur eût certainement été mieux rendue. L'Italie a beaucoup à demander aux autres nations sous le rapport de la médecine publique comme sous beaucoup d'autres d'ailleurs, et dans aucun cas, la France ne saurait se la proposer pour modèle.

Cela s'applique particulièrement à ses laboratoires municipaux dont nous avons fait une étude spéciale. Celui de Turin, qui passe pour le mieux agencé, ne conviendrait même pas à l'un des 30 analystes publics de Londres et jamais très vraisemblablement il n'existera en Italie un établissement comparable même de loin au laboratoire municipal de Paris.

La Belgique, au contraire, peut être étudiée avec fruit, et l'Angleterre avec plus de raison encore, parce que la mise en pratique depuis nombre d'années d'une organisation perfectible à coup sûr, mais supérieure sans conteste à celle des autres pays, permet de se rendre un compte exact de la valeur de mesures sanitaires longuement expérimentées.

Or, l'organisation anglaise, admirablement comprise, doit son efficacité à l'existence d'agents sanitaires spéciaux, ayant chacun des fonctions définies et suffisamment rémunérées pour en faire l'objet de leurs principales occupations. Ce sont les *medical officers*, les *surveyors*, les *inspectors of nuisances*, les *public analysts* qui, dans la limite de leurs attributions distinctes, assurent l'exécution des lois sur l'hygiène. Il existe bien des conseils, mais pour délibérer sur les faits qui leur sont soumis par les fonctionnaires que nous venons de désigner.

Aussi bien serions-nous tentés de considérer l'élément consultatif actuellement existant en France comme très suffisant, à la condition de lui attribuer premièrement les pouvoirs nécessaires à l'exécution de ses décisions : deuxièmement de le compléter par l'adjonction d'un personnel capable de le renseigner sur toutes les contraventions à la future législation sanitaire.

Ce sont les travaux comme celui dont nous venons de donner une rapide analyse qui amèneront l'ère souhaitée des réformes : ils méritent d'être loués sans réserve, et nous sommes heureux de pouvoir féliciter ici M. Monod de l'utile concours qu'il vient de prêter à tous ceux qui ont à cœur les progrès de la médecine publique.

Dr Douglas Hogg.

FORMULAIRE

—

Sur la thalline

Nouvel antipyrétique, par le Dr R. von Jaksch, de Vienne.

Jaksch a entrepris une série d'essais sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la *thalline*, nouvelle base dérivée de la quinoline et préparée synthétiquement par le professeur Skraup, de Vienne. La thalline et ses sels possèdent de remarquables propriétés antipyrétiques. Des doses de 0 gr. 60 à 0 gr. 80 ne produisent aucun effet toxique sur les lapins. Les mêmes doses agissent avec la même innocuité chez l'homme, à l'état sain ou malade sans fièvre.

L'auteur a constaté, dans la fièvre une action antipyrétique des plus énergiques et une action anti-

fermentescible très puissante sur la fermentation ammoniacale de l'urine et sur les fermentations lactique et alcoolique ; cela même à des doses relativement faibles : 0 gr. 20, 0 gr. 50, 2 gr. pour cent.

Dans ses recherches, Jaksch s'est servi du tartrate et du sulfate de thalline ; ces sels sont facilement solubles dans l'eau, ont une saveur fortement amère-aromatique et présentent une réaction acide. Avec le perchlorure de fer et les agents oxydants, la thalline prend une belle coloration *vert-émeraude* caractéristique. C'est précisément cette réaction qui a déterminé Skraup à lui donner son nom (dérivé de *thallus*), pour éviter la longue désignation de la nomenclature chimique : *tétrahydroparaméthyloxyquinoline* ou *tétrahydroparaquinanisol.*

Jaksch l'a essayée dans 86 cas de fièvres diverses : fièvre intermittente, typhus, rhumatisme articulaire aigu, erysipèle, affections puerpérales, pneumonie, tuberculose, etc.

Les sels de thalline et le chlorhydrate d'*éthylthalline* aux doses de 0 gr. 25, 0 gr. 50 et 0 gr. 75, produisent un abaissement de plusieurs degrés de la température, souvent accompagné de sueurs profuses. Le minimum d'abaissement est atteint de 1 à 3 heures après l'ingestion du médicament. Le relèvement s'effectue dans les 4 ou 5 heures suivantes, quelquefois plus rapidement et eela souvent avec frissons. Dans certains cas, la thalline agit avec tous ses bons effets, sans occasionner ni frissons, ni sueurs profuses. La thalline n'exerce aucune influence sur la nature et la durée du processus. *Elle n'est pas un spécifique, mais simplement un antipyrétique.*

Les préparations de thalline sont surtout recommandables dans les cas où la quinine, l'acide salicylique et les autres fébrifuges ne donnent pas de résultats satisfaisants et où la haute température fébrile devient un danger.

Il n'y a pas de différence très notable dans l'action des différents sels de thalline ; le sulfate paraîtrait peut-être plus actif que les autres. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1884, *n.* 48, et *Centralblatt für d. g. Therapie, III*, 1885, 16.)

M. Boymond.

—

Purification de l'eau, boisson rafraîchissante.

Il a vingt ans j'ai lu, à la Société du Berry, une notice sur les soins que les habitants des campagnes doivent donner à l'enfance, principalement aux nouveaux-nés ; j'exprimais le regret que la mortalité des enfants que l'Assistance publique confie à des nourrices soit si grandes. Ce déplorable état de choses, joint aux infanticides si nombreux, m'avait amené à réclamer une nouvelle installation des tours, et la fondation de vastes maisons de refuge pour garçons et pour filles, confiées et surveillées par des commissions nommées à cet effet. Je disais que l'Afrique pourrait

être un lieu convenable, que les enfants qu'on y transporterait s'y acclimateraient et formeraient plus tard d'utiles colonies: je disais qu'en faisant bouillir l'eau destinée à l'alimentation avec des blancs d'œufs, on lui donnait des qualités, on éviterait ainsi des chances de fièvres intermittentes. Je proposais la formule suivante :

Eau..................	30 litres.
Blancs d'œufs.........	n. 4

Mêlez, chauffez jusqu'à ébullition, laissez refroidir, tirez à clair, agitez ou transvasez cette eau d'un vase dans un autre pour y incorporer de l'air atmosphérique. Avec cette eau, on pouvait composer une boisson rafraîchissante et désaltérante qui serait distribuée aux enfants qui travailleraient dans les ateliers.

Bois de réglisse concassé	100 gr.
Café pulvérisé..........	500 —
Esprit de vin (alcool)...	1 litre.
Vinaigre ou jus de citron	800 gr.

On prépare la boisson de la manière suivante : Le bois de réglisse est coupé en petits morceaux, on le concasse, on le fait macérer dans cinq litres d'eau froide pendant deux jours.

D'autre part, on prépare l'infusion de café, on réunit les deux infusions, on leur ajoute l'alcool et le vinaigre. Au moment des travaux de la campagne, les médecins pourraient peut-être conseiller l'usage de cette boisson : elle est d'un prix peu élevé. En Afrique, aujourd'hui, on utilise la formule pour la purification de l'eau. Combien il y a en France de localités où l'eau qu'on emploie dans les ménages devrait être traitée par le même procédé.

—

Note sur les fleurs de bouillon blanc dans la thérapeutique.

M. Quinlau (de Dublin) passe en revue les différents cas dans lesquels les fleurs de bouillon blanc jouent un grand rôle, et comme étant très employées par les paysans irlandais.

1° Dans la première période de la tuberculose pulmonaire, il y a augmentation du poids du corps, supérieure à celle qu'on peut obtenir de l'emploi de l'huile de foie de morue ;

2° Le bouillon blanc remédie aux accès de toux ;

3° Elle suspend la diarrhée.

On fait bouillir 100 grammes de feuilles de bouillon blanc, fraîches, ou 30 grammes de feuilles sèches, dans un litre de lait ; le docteur recommande au malade de boire deux ou trois litres de ce lait par jour. En somme, c'est la diète lactée que M. Quinlau prescrit à ses malades, lorsqu'ils ont la diarrhée, en même temps que des troubles gastriques qui empêchent l'alimentation ordinaire de se faire et qui amènent un amaigrissement indépendant de la consomption tuberculeuse inflammatoire et fébrile.

Stanislas MARTIN.

VARIÉTÉS

— M. le docteur Robert-Saint-Cyr, ancien médecin du lycée de Nevers, est nommé médecin honoraire.

M. le docteur Subert, médecin adjoint au lycée de Nevers, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Robert-Saint-Cyr.

— M. le docteur Aug. Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 15 février, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Académie des sciences de Paris. — La séance générale annuelle de l'Académie des sciences de Paris est définitivement fixée au lundi 23 février 1885.

— Le *Courrier Français illustré* 14, rue Séguier, prépare un n° spécial dont le produit de la vente sera destiné aux pauvres de Paris. Afin de le rendre aussi attrayant que possible, il offre deux primes de 500 fr. chacune 1° à l'auteur du meilleur manuscrit, conte ou nouvelle; 2° à l'auteur du meilleur dessin.

Sujet du concours : *La Charité.*

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Domec, professeur à la Faculté de médecine libre de Lille; de M. le docteur Roustan, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier; et de M. F. Mallez, spécialiste à Paris.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 *février* 1885. — Présidence de M. U. Trélat, Vice-Président.

Concours du prix Huguier. — M. Charpentier lit un rapport sur l'unique travail envoyé pour le concours du prix Huguier. Ce travail intitulé : *Traité de l'inversion utérine*, est de M. Denucé, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux. Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

M. Lunier désire rectifier quelques chiffres apportés dans la dernière séance par M. Le Fort. L'augmentation de la population française de 1872 à 1881 n'a été que de 1,569,127 habitants et non pas de 1,943,838 habitants ; pour doubler la population de la France, il faudrait donc, non pas 165 ans, comme l'a dit M. Le Fort, mais 248 ans.

Présentation d'appareil. — M. de Villiers. Les collisions de chemin de fer se produisent le plus souvent en rase campagne et les moyens de transport sont rares. Pour remédier à cet inconvénient, M. de Villiers a fait fabriquer un hamac soutenu par deux bâtons parallèles à son plus grand diamètre. Avec un système de moufles, il est très facile de placer les blessés dans des fourgons.

Cet appareil occupe fort peu de place et il est très facile à transporter.

M. LE FORT et M. ROCHARD adressent quelques critiques à cet appareil. M. LARREY propose d'utiliser les filets placés au-dessus des banquettes des wagons. Ces filets auraient l'avantage d'être rigides et il serait facile de les rendre mobiles.

De l'accroissement de la population en France. — M. HARDY reconnaît que la population n'augmente pas en France aussi vite qu'ailleurs ; mais est-ce un mal ? M. Rochard est très pessimiste à ce propos. Ce ne sont pas toujours les nations les plus nombreuses qui sont les plus puissantes. L'Angleterre et l'Allemagne sont des puissances mieux établies que la Russie malgré ses 85 millions d'habitants ; il en est de même de la Suisse, qui a su résister à des invasions formidables. Ce qui fait surtout la puissance d'un pays, c'est la sagesse de ses habitants et la sagesse de son gouvernement.

D'après M. Hardy, Malthus a trouvé que tous les êtres vivants ont une tendance à accroître leur espèce dans une proportion plus rapide que ne s'accroît la nourriture qui est à leur portée. Si dans un pays il y a plus d'hommes que l'agriculture et l'industrie ne peuvent en nourrir, ce pays s'appauvrira.

Contre le trop grand accroissement de la population, il y a les maladies, les épidémies, les accidents, les guerres. Il faut de plus des obstacles préventifs, la contrainte morale. Malthus prêche la continence jusqu'au mariage ; il conseille, en outre, de ne se marier que lorsqu'on a une position suffisante pour élever ses enfants. Il ne dit rien de plus. Il ne parle en rien de l'acte physiologique après le mariage. Ses opinions ont donc été complètement dénaturées. Il ne fait en somme que ce que doit faire tout bon père de famille.

L'excès de population ne peut amener qu'au renchérissement de toutes choses, à l'augmentation de toutes les charges.

Mais il ne faut pas pécher par excès contraire. Quelles sont donc les causes du faible accroissement de la population ? M. Hardy croit peu à la restriction volontaire, ou du moins il ne lui accorde qu'un faible rôle. Ce qui est vrai, c'est que la race française est moins prolifique que la race teutonne et que la race anglo-saxonne. La faculté d'avoir des enfants paraît d'ailleurs décroître avec la civilisation. C'est pour cela que la population augmente beaucoup plus vite en Bretagne qu'en Normandie.

L'immigration peut venir d'ailleurs combler les vides. La France est un bon pays où les étrangers se plaisent facilement. Il est surtout un élément qu'il ne faut pas dédaigner : ce sont les israélites. Il y a depuis quelques années un courant assez intense d'israélites venant du nord-est. Là-bas ils sont méprisés, persécutés, tandis que chez nous ils trouvent l'égalité parfaite de tous les droits. Les israélites ont cet avantage d'être très prolifiques.

Si nous ne pouvons pas augmenter notre natalité, nous pouvons diminuer notre mortalité. Cette mortalité n'a pas augmenté, cela est vrai, mais elle pourrait être encore beaucoup moindre. En effet, il y a mortalité effrayante dans la première année et surtout dans les classes inférieures. Dans les classes aisées on perd très peu d'enfants dans la première année, il en est tout autrement dans la classe pauvre. La misère n'en est pas la seule cause, la raison princi-

pale en est dans le manque de soins. Ce qui fait mourir les enfants dans une large proportion, c'est une mauvaise nourriture et l'exposition au froid.

Ce qu'il faut chercher, ce n'est pas à avoir beaucoup d'enfants, c'est surtout à conserver ceux qu'on a.

Cérébrotome. — M. Gavoy, médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Versailles, présente un instrument qu'il appelle cérébrotome et qui sert à faire des coupes très fines et transparente du cerveau dans les trois sens, vertical, horizontal et antéro-postérieur.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions du rapport de M. Charpentier sur le concours du prix Huguier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,

Séance générale annuelle. — 28 *janvier* 1885.

Après une élégante allocution du président sortant, M. M. Sée, et le rapport sur les travaux de la Société fait par le secrétaire annuel M. Lucas-Championnière, le secrétaire général, M. Horteloup, prononce un éloge remarqué de Sédillot.

On procède ensuite à la lecture des noms des lauréats de la Société de chirurgie pour l'année 1884.

Prix Duval : M. le Dr Pousson, pour sa thèse sur l'*Intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie.*

Prix Laborie : Encouragement à MM. Poulet et Vaillard, pour leur travail intitulé : *Des corps étrangers articulaires.*

— Encouragement à M. Charcot pour son travail intitulé : *De la névrite traumatique.*

PRIX A DÉCERNER POUR L'ANNÉE 1885 :

Prix Demarquay (800 fr.) : Luxations pathologiques.

Prix Gerdy (2,000 fr.) : Gangrène des membres. Etiologie et traitement.

Prix Laborie (1,200 fr.) : Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs.

Séance du 4 *février* 1885. — Présidence de M. Duplay.

Traumatisme crânien, trépanation. — M. Terrillon lit un rapport relatif à une observation présentée par M. Kirmisson. Il s'agit d'un enfant qui, huit jours après un traumatisme crânien, est atteint d'hémiplégie. En même temps que cette hémiplégie persiste, l'enfant accuse en un point fixe de la région temporale une douleur très vive. Devant la persistance de cette douleur et des accidents paralytiques, M. Kirmisson se décide à pratiquer une trépanation. Cette opération n'amène aucun résultat, pas plus au point de vue du diagnostic que du traitement. L'enfant tombe dans le coma et meurt.

L'autopsie ne révèle, en effet, aucune trace de traumatisme cérébral ; mais, par contre, elle fait découvrir une tumeur et des lésions de nature tuberculeuse. L'examen histologique confirme cette nature tuberculeuse. On ne trouve cependant pas de bacilles.

M. Terrillon rapproche de cette observation d'autres cas analogues. Un homme de vingt et un ans fait une chute ; aussitôt après apparaît une bosse sanguine ; il perd connaissance, tombe dans le coma et reste ainsi trois mois dans une sorte d'état comateux ; puis il se rétablit ; mais il a toujours des maux de tête et, six mois après, présente des accidents convulsifs ; en même temps il accuse un point douloureux fixe au niveau même de l'endroit où se trouvait la bosse sanguine. On fait la trépanation ; on ne trouve pas de lésion. Six mois après, le malade meurt d'une phthisie galopante. On fait l'autopsie, on ne trouve aucune lésion cérébrale.

On trouve ainsi, ajoute M. Terrillon, les coïncidences les plus bizarres. Cela veut-il dire qu'il ne faut pas trépaner dans ces cas ? Une douleur persistante, dans un point fixe, coïncidant avec des phénomènes de paralysie constitue pourtant bien une indication de la trépanation, opération d'ailleurs bien peu dangereuse et même inoffensive, surtout avec la méthode antiseptique.

M. Kirmisson, discutant son observation, se demande si, dans ce cas, le traumatisme n'a pas été pour quelque chose dans l'apparition ou l'évolution des lésions tuberculeuses. M. Terrillon répond à cela que l'hémiplégie ayant apparu huit jours après le traumatisme, l'hypothèse soulevée par M. Kirmisson n'est pas admissible. Il s'agit là simplement d'une coïncidence curieuse, instructive.

Tout au plus pourrait-on admettre que le traumatisme ait activé la marche de l'affection tuberculeuse.

Mac Even a rapporté l'observation d'un homme de quarante-quatre ans, qui fait une chute, a une plaie du cuir chevelu et tombe immédiatement dans un coma profond avec contraction et immobilité des pupilles, respiration stertoreuse, etc. On croit à une compression du cerveau. Le malade meurt douze heures après sa chute. On trouve à l'autopsie une tumeur ancienne, un gliome, dont le déplacement brusque par suite de la chute a été la cause de la mort.

Ces observations soulèvent un point de médecine légale des plus importants. Par exemple, dans le cas de M. Kirmisson, on serait en droit d'incriminer le traumatisme au point de vue de son influence sur le développement des lésions tuberculeuses.

Taille hypogastrique. — M. Maréchal communique l'observation d'un malade chez lequel il a dû pratiquer trois tailles : deux périnéales et une hypogastrique pour extraire un calcul phosphatique enchatonné et une partie de sonde tombée dans la vessie. (Commission : MM. Delens, Bouilly et Monod.)

Statistique. — M. Terrier fait connaître la statistique des opérations qui ont été pratiquées dans son service, à l'hôpital Bichat, pendant l'année 1884, c'est-à-dire pendant huit mois, son service ayant été fermé pendant quatre mois, sous prétexte d'épidémie cholérique. Sur un assez grand nombre d'opérations, il n'a eu que 13 décès. M. Terrier se déclare partisan de la méthode antiseptique et de la réunion immédiate chaque fois qu'elle est possible.

Luxation du coude. — M. Nélaton communique une observation de réduction de luxation du coude en arrière datant de cinq mois et demi. (Comm. : MM. Pozzi, Nepveu et Farabeuf.)

Ostéosarcome ; ablation du maxillaire inférieur. — M. Ni-

CAISE présente une malade qu'il a opérée il y a quinze jours. Il a pratiqué la résection du maxillaire inférieur, depuis la dernière molaire d'un côté jusqu'à la canine du côté opposé, pour un ostéosarcome. Il a fait la section de l'os avant d'ouvrir la muqueuse buccale. Puis, celle-ci ayant été ouverte, il a fait une suture totale, a cherché et obtenu la réunion par première intention. La réunion a été parfaite. Le malade était complètement guérie huit jours après l'opération.

Il a employé le pansement à l'iodoforme, la gaze idoformée. L'intérêt de cette observation réside dans ce fait de la réunion par première intention d'une plaie en rapport avec la cavité buccale. Le malade n'a pas eu un seul instant de fièvre.

M. RECLUS, depuis qu'il emploie le pansement à l'iodoforme à la suite de l'amputation de la langue, n'a plus jamais vu se produire d'hémorrhagies secondaire après cette opération.

M. MARC SEE rappelle que l'utilité de l'iodoforme et de la gaze iodoformée est particulièrement remarquable dans les cas où le pansement de Lister est inapplicable. C'est là un fait démontré depuis longtemps.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 15 *janvier* 1885. — Présidence de M. DELTHIL.

Les procès-verbaux des deux dernières séances sont lus et adoptés.

M. BROCHIN, secrétaire général adjoint, procède au dépouillement de la correspondance qui comprend : Les publications périodiques ordinaires ; une lettre de M. le Dr MONIN s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ; — de M. le Dr DAVID (de Givors), remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant ; — de M. le Dr LARRIVÉ, s'excusant de n'avoir pu venir à la dernière séance.

M. GILLET DE GRANDMONT annonce que notre collègue M. LABURTHE vient d'être nommé officier d'académie. M. DELTHIL lui adresse les félicitations de la Société. M. CHAMPIGNY fait hommage à la Société de *l'Étude critique et comparative du nouveau codex avec l'édition de* 1866.

Sur la proposition de MM. DUCHESNE et MICHEL, la Société prie M. Champigny de vouloir bien faire un résumé de son travail qui pourra faire l'objet d'une discussion intéressante.

M. PICARD donne communication d'une observation de « **Douleur intolérable de la verge guérie par des instillations de chlorhydrate de cocaïne.** »

Le nommé Eugène L***, employé à l'octroi, est malade depuis

plus de deux ans. A cette époque, sa verge devint si sensible, particulièrement au niveau du gland, qu'il fut obligé d'interrompre ses occupations et d'entrer à l'hôpital Necker en septembre 1882. Il y fut soumis aux douches froides et à l'usage du bromure de potassium et de l'essence de térébenthine.

Depuis, son mal n'a pas diminué et sa douleur est telle, pendant la marche, qu'elle l'oblige souvent à s'arrêter, et que, pour adoucir les frottements de la verge contre le pantalon, il a dû garnir celui-ci d'une peau très douce.

L*** est un homme d'assez bonne apparence, au teint rosé, de taille et de corpulence moyenne. Il ne tousse pas, n'est pas essouflé, n'a jamais craché de sang.

Comme antécédent, il accuse un écoulement, très promptement guéri, en 1873.

Actuellement, 18 décembre 1884, il urine souvent le jour; de temps à autre, une fois la nuit. Il n'a jamais pissé de sang.

J'examine la vessie avec un lithotriteur, sans y rien trouver, ce qui ne m'étonne point, car je ne croyais pas à un calcul. Mais la prostate qui ne fait aucune saillie dans le rectum est évidemment surélévée du côté de l'urèthre, ce qui me fait penser à la tuberculose. Je fais suivre mon exploration d'une instillation dans la portion membrano-prostatique de douze gouttes d'une solution à 2 1/2 % de chlorhydrate de cocaïne.

Trois jours après, je revois mon malade, qui a beaucoup moins souffert, quoique ses urines, à la suite de mon exploration, soient devenues purulentes. Nouvelle instillation de 20 gouttes, suivie de trois autres de 25 gouttes chacune, à trois jours d'intervalle.

Le samedi, 10 janvier 1885, mon malade vient me voir en se déclarant parfaitement guéri.

Encouragé par le succès précédent, j'ai employé les instillations de chlorhydrate de cocaïne dans le cas suivant et avec le même résultat.

B., 44 ans, typographe, est atteint, consécutivement à un écoulement dont le début remonte à cinq mois, d'une uréthro-cystite. C'est un asthmatique de taille assez élevée, de corpulence assez forte, mais à chairs flasques et pâles. Pas de rhumatisme, pas d'hémorrhoïdes, pas de gravelle. N'a jamais eu d'eczéma; mais la tête le démange et le cuir chevelu s'est dé

nudé, il y a plusieurs années, consécutivement à l'apparition de pellicules.

Actuellement, 9 décembre 1884, ce malade se plaint d'un léger écoulement et, comme le précédent, d'une douleur au gland, mais infiniment moins violente, et de démangeaisons et de picotements dans l'urèthre, accompagnés de fréquentes envies d'uriner. Sous l'influence du copahu, l'écoulement cesse à peu près en quelques jours; mais les démangeaisons, les picotements, les envies fréquentes d'uriner persistent, malgré quelques instillations de nitrate d'argent au 1/50.

Alors, au commencement de janvier 1885, j'injecte, tous les trois jours, 25 gouttes de solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 1/2 % dans la portion membrano-prostatique, et mon malade, à la troisième, se déclare guéri en ajoutant que j'ai eu recours à un médicament *merveilleux*.

M. Gillet de Grandmont fait observer qu'il serait bon de ne pas continuer, après la guérison, les injections de chlorhydrate de cocaïne. On pourrait s'exposer à des inflammations. La cocaïne, après un emploi prolongé chez certaines personnes qui l'emploient pour des affections des yeux produit, à la longue, de la conjonctivite.

M. Campardon offre à la Société un travail intitulé : *Du Thym. Ses propriétés thérapeutiques*. La plupart des travaux publiés sur cette plante s'occupent spécialement soit de sa composition chimique, soit de ses usages externes, soit de l'étude particulière d'un des principes qu'elle renferme. Après avoir essayé de divers modes d'administration, l'auteur s'est arrêté à la forme pilulaire : « L'essence a été incorporée au savon amygdalin à parties égales, puis la poudre de guimauve est ajoutée à la masse pour lui donner la consistance nécessaire ; la pilule est enrobée dans une couche de baume ethérée de Tolu, pour empêcher une évaporation trop rapide. L'essence de thym, prise à la dose de 20 à 30 centigrammes par jour, produit, au bout de peu de temps, une amélioration notable de l'état général, et, dans certains cas de flux catarrhaux ou sanguins, on peut constater leur diminution et même leur disparition, surtout si, à l'usage interne, on ajoute l'emploi de l'huile essentielle très étendue, en injections. M. Campar-

don cite un grand nombre de cas de guérisons qu'il a observés, entre autres chez des chlorotiques qui, ne pouvant supporter le fer, furent soumis à un traitement par le thym et, au bout de peu de temps, fort améliorés, purent assimiler facilement des préparations ferrugineuses ; — chez des malades atteints de douleurs rhumatismales erratiques musculaires, de névralgies intercostales, enfin de bronchite chronique où la propriété du thym de diminuer et de tarir les mucosités se fait promptement sentir. La même raison a fait employer ce médicament pour le traitement des catarrhes uréthraux et vaginaux, où il a pleinement réussi. Enfin, il a été utilisé avec succès dans des cas d'hémorrhagies passives. Employé à l'extérieur en frictions, bains, fumigations et inhalations, cet agent thérapeutique vient puissamment en aide au traitement interne ;— il intervient efficacement contre la septicité des plaies, et fait disparaître promptement la fétidité des sécrétions.

M. Campardon présente également diverses préparations *d'hydrate de bromal* dont les propriétés sont très analogues à celles du chloral.

M. Brochin, qui a décrit autrefois les accidents chloraliques et a fait à ce sujet une communication, demande si de pareils accidents ont été observés avec l'hydrate de bromal.

M. Campardon n'a pas dépassé jusqu'à présent la dose de *un gramme* et n'a pas eu d'accidents.

M. Jolly fait remarquer que ce médicament, qui ressemble au bromoforme, doit être un produit très instable et sera difficilement utilisé dans la pratique.

M. Campardon dépose, au nom de M. Nicolas et autres, son rapport sur le travail que M. Vidal Solarès a adressé à la Société et relatif *aux applications de l'oxygène*. Il propose que des remerciements soient envoyés à l'auteur et son travail déposé dans les archives. Ces conclusions sont adoptées.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire annuel,
Dr Larrivé.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André;
Maison spéciale pour journaux et Revues.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

146.— Bon poste à prendre de *suite* et *gratuitement* dans la Charente. Produit 10 à 12.000 fr. susceptible d'augmentation. Condition *sine qua non* : être âgé de 25 à 30 ans.— S'adresser au bureau du journal.

145.— A céder dans des conditions avantageuses un excellent poste médical dans une ville de 30.000 habitants. Produit certain : 20 mille francs.— S'adresser au bureau du journal.

144. — Clientèle à céder dans le centre de Paris, dans les meilleures conditions.— S'adresser à Mme Durut, 10, rue Chabanais, tous les jours, de une heure à deux heures, excepté les lundis et vendredis.

143. — Bon poste médical à prendre dans Indre-et-Loire. Pays riche, résidence agréable. Produit 7 à 8.000 fr. susceptible d'augmentation.— S'adresser au bureau du journal.

142.—Position médicale à prendre à Rabodanges, par Putanges (Orne). — S'adresser pour renseignements à M. Genu, notaire, maire de Putanges.

141.— On demande un médecin de colonisation à Gouraya, près Alger. Il y a un traitement fixe.— S'adresser au maire du pays.

140.— Clientèle médicale à céder immédiatement dans un riche chef-lieu de canton du Rhône ; la population totale de ce canton est de 15,000 habitants et il n'y a qu'un seul docteur pour la servir. — S'adresser pour les renseignements à M. le Dr Bourneville, 14, rue des Carmes, Paris.

139.— Le Conseil municipal de la ville de Relizane, arrondissement de Mostaganem (province d'Oran), a voté une indemnité annuelle de 1,500 francs pour le docteur en médecine qui voudrait s'installer dans cette ville. Cette ville compte plus de 5.000 habitants d'origine européenne. Les candidats doivent adresser leur demande à M. le Maire de Relizane. (*Courrier médical.*)

138.— Un confrère de province désirerait reprendre dans la banlieue de Paris, une clientèle d'un rapport de 8 à 9.000 fr. Préférerait situation toute faite avec un fixe si possible et surtout résidence agréable.— S'adresser au bureau du journal.

137.— Une dame veuve sans famille, ayant été directrice d'une maison de santé et pourvue des meilleures recommandations, sollicite en ce moment un emploi de ce genre ou pour tenir la maison particulière d'un docteur.

Ecrire à Madame Lainé, 9, rue Aubriot.

136. — Bon poste médical à prendre dans le département de Maine-et-Loire ; le médecin qui y viendrait aurait gratis une maison avec jardin et prairie y attenant et une indemnité les deux premières années. — S'adresser pour tous renseignements à M. le Dr Deschamps, à St-Patrice (Indre-et-Loire).

135.— Bon poste médical à prendre, à une heure et demie de Paris (Seine-et-Marne).Conviendrait à un jeune médecin.— S'adresser au bureau du journal.

134.— Un Docteur ayant 20 ans de pratique, pouvant disposer d'un certain capital, désirerait la direction d'un établissement thermal ou hydrothérapique situé dans le midi ou dans la région pyrénéenne. — S'adresser au bureau du journal.

133. — A céder bonne clientèle d'un produit de 10.000 francs et susceptible d'augmentation dans un chef-lieu de canton sur la ligne de l'Ouest (Maine-et-Loire). Conditions très avantageuses. — S'adresser au bureau du journal.

132. — Bonne clientèle médicale à vendre dans un chef-lieu de canton de l'Yonne. Communes rapprochées, routes faciles, chemin de fer, pas de pharmacien.—Toutes facilités pour le paiement. Le titulaire désire vendre par raison de santé.— S'adresser au bureau du journal.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

158.— A céder de suite, à des conditions très avantageuses, une clientèle médicale dans la banlieue de Paris, chef-lieu de canton, 1|2 heure de chemin de fer, ligne du Nord. Pas de concurrent. Produit annuel justifié 10,000 fr. dont une partie fixe. — S'adresser au Secrétaire de l'école de pharmacie, 4, avenue de l'Observatoire, Paris.

218. — La commune de Vitry-aux-Loges, 1.550 habitants, canton de Châteauneuf-sur-Loire, ligne d'Orléans à Châlons, demande un médecin. Subvention annuelle 600 fr. Recette assurée 5 à 6.000 fr. — S'adresser au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Paris.

157.— A prendre de suite, pour cause de départ, une clientèle médicale dans un chef-lieu de canton de l'Aube. Produit 7.000 fr. — S'adresser au docteur Compérat, à Aix-en-Othe (Aube).

156. — Poste médical à prendre de suite, à Sainte-Sévère (Indre). — S'adresser au Maire de Sainte-Sévère.

155.— A céder de suite, dans Loir-et-Cher, bon poste médical d'un produit moyen de 10 à 12.000 fr. Condition : prendre la suite du bail. — S'adresser au docteur Brochard, à Herbault (Loir-et-Cher).

154. — Excellent poste médical à prendre de suite dans la Sarthe. — S'adresser au bureau du journal.

153. — A prendre dans l'Yonne, excellente clientele médicale, d'un produit de 8 à 10.000 fr.— S'adresser au bureau du journal.

152.— Poste médical à prendre dans Tarn-et-Garonne. Il est alloué un fixe de 1.000 fr.— S'adresser au bureau du journal.

151. — Excellent poste médical à prendre dans le département des Ardennes. Subvention annuelle : 1.500 fr. — S'adresser au bureau du journal.

150. — A prendre de suite et gratuitement, clientèle médicale dans l'Yonne. Produit 7.000 fr.— S'adresser au bureau du journal.

149. — Commune du département de l'Yonne demande de suite un médecin auquel il sera accordé une subvention annuelle de 1.200 fr. — S'adresser au bureau du journal.

148 — Pour cause de départ, excellent poste médical à prendre de suite et gratuitement dans Seine-et-Marne. — S'adresser au bureau du journal.

147.— Poste médical à prendre dans le département du Lot, 2.200 habitants, station de chemin de fer, chemins vicinaux. Pays commerçant. Rayon 14 kilom. — S'adresser au bureau du journal.

146.— Bon poste à prendre de *suite* et *gratuitement* dans la Charente. Produit 10 à 12.000 fr. susceptible d'augmentation. Condition *sine qua non* : être âgé de 25 à 30 ans.— S'adresser au bureau du journal.

145. - A céder dans des conditions avantageuses un excellent poste médical dans une ville de 30.000 habitants. Produit certain : 20 mille francs.— S'adresser au bureau du journal.

144. — Clientèle à céder dans le centre de Paris, dans les meilleures conditions.— S'adresser à Mme Durut, 10, rue Chabanais, tous les jours, de une heure à deux heures, excepté les lundis et vendredis.

143. - Bon poste médical à prendre dans Indre-et-Loire. Pays riche, résidence agréable. Produit 7 à 8.000 fr. susceptible d'augmentation.— S'adresser au bureau du journal.

142.—Position médicale à prendre à Rabodanges, par Putanges (Orne). — S'adresser pour renseignements à M. Genu, notaire, maire de Putanges.

141.— On demande un médecin de colonisation à Gouraya, près Alger. Il y a un traitement fixe.— S'adresser au maire du pays.

140.— Clientèle médicale à céder immédiatement dans un riche chef-lieu de canton du Rhône ; la population totale de ce canton est de 15,000 habitants et il n'y a qu'un seul docteur pour la servir. — S'adresser pour les renseignements à M. le Dr Bourneville, 14, rue des Carmes, Paris.

139.— Le Conseil municipal de la ville de Relizane, arrondissement de Mostaganem (province d'Oran), a voté une indemnité annuelle de 1,500 francs pour le docteur en médecine qui voudrait s'installer dans cette ville. Cette ville compte plus de 5.000 habitants d'origine européenne. Les candidats doivent adresser leur demande à M. le Maire de Relizane. (*Courrier médical.*)

5e Année. — T. VIII. N° 8 21 Février 1885.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE : AVIS AUX PRÉSENTATEURS; ENCORE LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE; NOTE DE M. DESNOS SUR LA PARALDÉHYDE.

Séance de carême, plutôt que séance de carnaval: peu de monde et peu d'intérêt.

Avec toute l'aménité possible, mais toute la fermeté désirable, M. le président Bergeron, à propos d'une présentation un peu prolixe de M. Léon Colin, a invité les présentateurs d'ouvrages ou de mémoires manuscrits à être plus ménagers du temps de l'Académie. Quelle que soit l'importance du travail dont on se fait le parrain et souvent le panégyriste, il est toujours possible d'en indiquer en peu de mots le but et les parties originales. Du reste, tous les académiciens présents ont

FEUILLETON

RECHERCHES SUR LES RATIONS ALIMENTAIRES DES INDIVIDUS SAINS ET DES MALADES, PRINCIPALEMENT DANS LES HOPITAUX, LES INFIRMERIES ET LES PRISONS DES DIFFÉRENTS PAYS.

Par le Dr P. L. Panum.

Les médecins ont trop négligé jusqu'ici la connaissance des quantités absolues et relatives de matières albuminoïdes, de graisse et de substances hydrocarbonées contenues dans les rations alimentaires des malades, des infirmes, des prisonniers, etc., et dans les mets qui font partie de ces rations. Cette connaissance est indispensable pour l'établissement d'un régime diététique rationnel des malades, aussi bien que pour le contrôle de la suffisance de la nourriture des individus sains ou malades, nourris par les autorités publiques conformément aux règlements administratifs. Les objections que l'on a faites contre la justesse des normes des rations moyennes établies, pour

paru approuver l'admonestation — ou l'objurgation — du président.

On aura beau prendre par n'importe quel côté la question de la dépopulation de la France, on n'en fera pas un sujet bien attrayant pour des médecins : la restriction conjugale, les filles-mères, la mortalité des enfants, la recherche de la paternité, le rétablissement des tours, sont loin d'offrir le même intérêt, à notre point de vue. Si l'on en retranche la surveillance réellement effective des nourrissons moralement abandonnés, dans laquelle le médecin joue le principal rôle, le reste est plutôt du ressort des économistes ou des sociologistes, en un mot de l'Académie des sciences morales et politiques, que de l'Académie de médecine.

M. Lagneau est donc revenu sur la plupart de ces questions au sujet desquelles il a exprimé son opinion, rectifiant ou précisant par ci par là quelques détails, mais sans parvenir à animer ou élargir le débat.

M. Le Fort a ajouté une nouvelle preuve en faveur de l'élasticité des chiffres, en montrant qu'une erreur, qualifiée de considérable par un collègue, n'infirmait nullement l'opinion qu'il avait avancée précédemment.

M. Desnos, candidat dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, a lu d'une voix que bien des académiciens pourraient lui envier, une note sur les propriétés hypnotiques de la paraldéhyde. Le médecin de la Charité ne tombe pas dans l'exagération de ceux qui, engoués d'un médi-

---

les individus sains et en bon état de nutrition, par les expériences et les observations de Voit et des autres physiologistes qui ont obtenu un résultat similaire, ces objections ne sont pas bien fondées.

Le calcul des quantités de matières albuminoïdes, de graisse et de substances hydrocarbonnées contenues dans les rations alimentaires réglementées dans les hôpitaux, les infirmeries, etc., est un moyen puissant d'obtenir des améliorations et des réformes dans l'alimentation des hôtes de ces institutions, pourvu qu'il soit fait avec toutes les précautions nécessaires de manière à donner des résultats comparables. Des calculs semblables pour les différents degrés de diète des malades dans les hôpitaux, seront des moyens précieux de connaître et de juger la valeur des divergences entre les opinions actuelles des méde-

cament, ne savent en reconnaître que les qualités, dont ils font toujours une large majoration. Sa communication est celle d'un observateur, d'un clinicien: elle est à lire.

REVUE CLINIQUE

NOTE SUR L'ÉCORCE DE CASCARA SAGRADA

Par S. Limousin, pharmacien (1).

Au commencement de cette année, j'ai fait venir de New-York, une certaine quantité d'écorce de *cascara sagrada*, dont je mets un spécimen sous vos yeux.

Les médecins américains, ainsi que les pharmaciens des Etats-Unis, paraissent en ce moment vouloir passer en revue les plantes indigènes qui jusqu'à ce jour n'ont pas été étudiées au point de vue de leur action médicale.

Plusieurs de ces plantes, dont beaucoup sont originaires de la côte occidentale de l'Amérique, leur ont paru intéressantes, et quelques-unes qui ont déjà reçu des applications thérapeutiques occuperont certainement une place sérieuse dans la matière médicale nouvelle.

Je citerai, à l'appui, le *podophyllum peltatum*, *l'apodisper-*

(1) Communiquée à la Société de Médecine Pratique, séance du 8 janvier 1885.

---

cins sur la diététique des malades dans les différents pays. Convaincu de la haute importance de ce sujet, je crois devoir faire les propositions suivantes :

1. Chercher à obtenir des renseignements aussi complets que possible sur les rations alimentaires des individus sains ou relativement sains dans les hôpitaux, les infirmeries et les prisons, ainsi que sur celles des soldats et des matelots des différents pays.

2. Chercher à obtenir, par des renseignements semblables, .vec l'assistance des directions administratives des hôpitaux :s divers pays, des tableaux comparatifs des quantités de maières albuminoïdes, etc., contenues dans les rations des différents degrés réglementés de la diète des malades, avec les in-

ma quebracho, l'evonymus atropurpurens, l'erythrina piscidia, le grindelia robusta, le hoang-nan, le manaca, la yerba santa, etc.

L'écorce de *Cascara sagrada*, ou *sagrado*, *sacred bark* en anglais, ou *écorce sacrée,* dont je vous entretiens aujourd'hui, est fournie par le *Rhamnus purshiana* (*Rhannées*). C'est un arbuste de taille moyenne originaire des côtes de l'Océan Pacifique (Californie). Il a comme port et comme physionomie une certaine analogie avec les Rhamnus européens, mais avec des dimensions plus grandes.

Il a été désigné sous le nom de Rhamnus purshiana en mémoire du botaniste Frederick Pursh, qui l'a décrit le premier en 1814.

Cette écorce, à peu près de la dimension des grosses écorces de quinquina gris, est assez foncée à sa surface extérieure et d'un jaune rougeâtre à sa surface interne. Les deux côtés sont généralement lisses, surtout à l'intérieur, car la face externe est parfois légèrement rugueuse et couverte de lichens blanchâtres.

Dès qu'on enlève par le grattage la partie superficielle de cette écorce, on met à nu l'intérieur, qui se présente sous l'aspect d'un tissu jaune pâle offrant une certaine analogie avec la couleur de la rhubarbe.

Je ne m'appesantirai pas sur sa composition chimique qui a été l'objet d'un travail spécial du Professeur Albert Prescott, de

---

dications de l'emploi de l'un ou de l'autre de ces degrés d'alimentation dans les hôpitaux.

3. Il faudrait cependant savoir d'abord : *a*) si les individus nourris d'après le règlement reçoivent ou non un supplément quelconque, prévu ou non prévu, calculable ou non calculable, de nourriture outre les rations réglementaires; *b*) si la distribution des rations alimentaires est si complète qu'il n'y a pas de restes dont les employés puissent tirer un profit frauduleux ; *c*) si la distribution est aussi juste et aussi égale que possible, et si la nourriture des employés est préparée dans d'autres marmites que celles des pensionnaires.

4. Obtenir des renseignements sur le système en usage pour contrôler : *a*) la bonne qualité des ingrédients; *b*) la préparation et la distribution.

l'université de Michigan, en 1879. Je dirai seulement qu'il y a trouvé du *tannin*, de *l'acide oxalique* et de *l'acide malique*, de *l'amidon*, de *l'huile fine*, une petite proportion d'huile votatile à laquelle il attribue son odeur un peu nauséuse et enfin 4 corps résineux plus ou moins solubles dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, le sulfure de carbone, etc.

Pour ma part, je crois que ces derniers corps sont tous plus ou moins dérivés de l'acide chrysophanique, dont il ne signale pas l'existence, et que j'y ai trouvé en proportion notable.

Du reste, les composés nombreux dont on signale l'existence dans la racine de rhubarbe (*Caphopicrite*, *Rhabarbarine*, *Rhéïne*, *Lapathine*, *Rhapouticine*, etc., etc.) sont considérés par certains chimistes comme des produits complexes ayant tous pour base l'acide chrysophanique qu'on retire en grande quantité de l'écorce de goa ou avaroba (*Schossberger* et *Doepping*).

Quand on touche cette écorce légèrement grattée à sa surface avec une goutte d'ammoniaque concentrée ou de potasse caustique en solution, on voit immédiatement apparaître une belle coloration rouge qui est l'indice incontestable de la présence de l'acide chrysophanique.

Une goutte de perchlorure de fer qui noircit à peine certaines racines de rhubarbe donne une tache d'un noir intense sur l'écorce de cascara, ce qui dénote la présence d'une proportion notable d'acide tannique.

---

5. Insister sur la nécessité de laisser aux médecins une liberté illimitée pour fixer dans les hôpitaux, sans être gênés par le règlement ni par l'administration, les quantités absolues et relatives de matières albuminoïdes, de graisse et de substances hydrocarbonées que doivent contenir les rations alimentaires des malades.

6. Encourager, dans les différents pays, la publication de livres de cuisine composés pour les malades. Ces livres doivent être appropriés aux habitudes du pays, et indiquer les doses matières albuminoïdes, de graisse et de substances hydrorbonées que renferment les différents mets, de la même maère que les doses de médicaments sont réglées dans les pharacopées.

7. Que les médecins veuillent suspendre à la paroi de leur

Cette écorce pulvérisée a une couleur jaunâtre analogue à la couleur de la poudre de rhubarbe, et comme cette dernière, elle se colore à l'air, surtout dans un milieu légèrement ammoniacal.

Le Dr Landowski, qui voulait expérimenter les propriétés purgatives de cette substance, que j'avais fait venir sur sa demande, a constaté ses effets laxatifs à la dose de 0,25 c. de poudre administrée en cachets, et même son action purgative quand on répète cette dose 3 à 4 fois par jour à plusieurs heures d'intervalle.

Sur la demande du Dr Dujardin-Beaumetz, j'ai remis à un de ses élèves, M. le Dr Eymeri, toutes les préparations pharmaceutiques obtenues avec cette écorce, qui a fait le sujet de la thèse inaugurale qu'il vient de soutenir devant la Faculté de Médecine de Paris.

Comme le Dr Landowski, il a constaté la persistance des effets laxatifs à la dose de 0,25 cent. de poudre et ses bons effets dans la constipation due à l'atonie de la muqueuse gastro-intestinale, action qu'il faut peut-être attribuer à la présence du tannin dans cette écorce.

C'est le Dr Bundy, de Calusa, qui le premier en Amérique a fait usage de la cascara sagrada dans sa clientèle. Il a publié de nombreuses observations qui établissent la valeur thérapeuthique de ce médicament comme spécifique de la constipation. Comme le Dr Bundy, les médecins américains l'em-

---

cabinet d'études un tableau graphique indiquant la composition quantitative des aliments ordinaires, d'après le modèle de celui de Koenig, pour se rappeler toujours l'importance
régime diététique rationnel, et pour en faciliter la prescription.

8. Que les personnes s'occupant de l'hygiène populaire et étant capables de le faire, veuillent bien étudier la préparation et la composition rationnelles d'une alimentation suffisante et aussi économique que possible pour améliorer le sort des pauvres.

L'auteur exprima, au Congrès médical de cette année à Copenhague, le désir de voir se former une association internationale de quelques collègues des différents pays dans le
de faire de la propagande pour l'application de la physiologie de l'alimentation de l'homme à la médecine pratique et à l'hy

ploient souvent sous forme d'extrait fluide (*Pound extract*), c'est-à-dire extrait préparé par déplacement et distillation, de telle sorte que le poids de l'extrait corresponde exactement au poids de la substance employée. (Drs Bundy et Gibbons, 1877.)

Ni entre les mains du Dr Landowski, ni dans celles des Drs Dujardin-Beaumetz et Eymeri, cette méthode n'a paru donner de bien bons résultats, car le médicament sous cette forme est mal toléré par les malades, à cause de son goût nauséeux. — La teinture ordinaire préparée au cinquième d'après le procédé du codex français se tolère plus facilement ; mais néanmoins elle est encore prise avec répugnance par certains malades, de même que la teinture de rhubarde dont l'usage est fort peu répandu.

Je n'insisterai pas sur les effets particuliers que l'écorce de cascara sagrada produit sur l'économie, non plus que sur les expérimentations cliniques qui paraissent lui assigner une place sérieuse parmi les médicaments purgatifs, car tous ces faits sont signalés dans une note publiée par le Dr Landowski, ainsi que dans la thèse du Dr Eymeri.

ACTION PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA KAIRINE.

Le Dr Renzi a employé, dans sa clinique, la kairine à la dose de 25 à 50 centigrammes toutes les heures ou toutes les

---

giène, et pour servir en même temps aux intérêts de la science.

Il paraît que ce désir va se réaliser, car ma proposition a déjà pendant le Congrès, et peu de temps après, trouvé des adhérents dans plusieurs pays. En Allemagne, M. le professeur Voit, de Munich, a promis ses bons offices pour l'organisation de diverses recherches, et M. le Dr Lommer, de Berlin, médecin en chef de l'armée prussienne, a promis de donner tous les renseignements qu'on pourra désirer sur le règlement des rations alimentaires des soldats en Prusse. M. le professeur ouchard, de Paris, et M. le professeur Lepine, de Lyon, ont omis de s'intéresser à ces questions pour ce qui concerne la ance. M. le professeur Mosso, de Turin, a promis d'en faire itant en Italie, d'où M. le professeur Moleschott, qui donne jà depuis longtemps des preuves du plus vif intérêt pour ces

demi-heures, en faisant boire immédiatement après aux malades un demi-verre d'eau.

On suspend l'administration quand la température s'abaisse; mais la meilleure manière de le donner, c'est d'en administrer 50 centigrammes toutes les demi-heures, jusqu'à ce que le thermomètre marque 38°. Chez les femmes et les enfants la dose sera réduite à 25 centigrammes ; quand la température s'abaisse brusquement on suspend l'administration et l'on évite de la sorte les phénomènes de collapsus.

1° *Action sur le pouls.* Diminution du nombre des battements. Les tracés sphygmographiques pris immédiatement avant et immédiatement après que la kairine a été donnée, accusent une augmentation de la force des contractions cardiaques commençant au bout de dix minutes. Après une heure ou deux l'augmentation de la force du pouls est plus considérable; ces modifications disparaissent au bout de cinq heures.

2° *Respiration.* Diminution du nombre des mouvements respiratoires. Dans deux cas, cependant, il y a eu augmentation. Dans un autre, il n'y a pas eu de modification.

3° *Température.* — Abaissement qui peut aller parfois jusqu'à donner une température de collapsus. L'abaissement maximum a lieu au bout de deux heures; en moyenne, il a lieu dans un intervalle de une à quatre heures.

---

recherches, vient de me communiquer un nouveau mémoire sur les rations alimentaires des soldats italiens. M. le professeur Miescher-Rusch, de Bâle, m'a fourni des preuves de son intérêt tout particulier pour les rations alimentaires des prisonniers et pour l'alimentation rationnelle des pauvres de son pays. M. le professeur Rauchfuss, de St-Pétersbourg, va s'occuper d'une manière spéciale des rations alimentaires des enfants. M. le Dr Schmulewitz, de St.-Pétersbourg, a promis des recherches sur les rations alimentaires des élèves militaires et des soldats en Russie, et il m'a communiqué que M. le professeur Dobroslowin, de la même ville, est tout disposé à s'occuper des rations alimentaires des prisonniers de son pays, aussi bien que M. Smolenski, également de St-Pétersbourg, de celles des hôpitaux militaires, et enfin M. Nicolajeff de celles des hôpi-

4° *Sécrétions*. La quantité et la qualité physique de l'urine restent inaltérées ou ne subissent qu'un changement insignifiant. Cette urine devient verte et la coloration persiste parfois un jour ou deux après l'administration du médicament. La réaction est fortement acide et cette acidité se conserve parfois pendant trois jours.

L'examen chimique montre que le médicament n'a aucune action ni sur les sels, ni sur l'urée. La production de la sueur est un fait presque constant; dans trois cas, la sueur n'a manqué qu'une fois; dans trois autres, la quantité a été extraordinaire. Ordinairement la sueur apparait au bout d'une demi-heure pour acquérir son maximum d'intensité après une heure ou davantage.

Dans quatre cas, on a noté un larmoiement notable accompagné d'irritation des paupières; dans trois autres, il y a eu écoulement par les narines d'un mucus blanchâtre, très âcre, avec sensation de prurit et finalement de brûlure.

5° *Système nerveux*. Deux fois seulement on nota des secousses intenses plus ou moins générales.

Là seulement il y eut des spasmes violents des muscles de la face. Pas de bourdonnements d'oreilles, ni d'obnubilation de la vue, ni de pesanteur de tête; au contraire, on note toujours une élévation de l'activité nerveuse motrice, sensitive et psychique. Le dynamomètre accuse constamment une augmentation de

---

taux civils de la Russie. En dernier lieu, je viens de recevoir de Varsovie un beau témoignage, qui prouve qu'on a déjà réalisé une partie de ce que j'ai proposé : un magnifique « tableau graphique » projeté pour les hôpitaux civils de cette ville. Ce tableau, le résultat des travaux d'une commission qui, grâce à l'initiative de M. le lieutenant-général baron MEDEM, gouverneur civil de Varsovie, a travaillé, vers la fin de 1882, sous la présidence de Son Exc. M. WILOUYEW et avec l'assistance du Dr NENCKI, a été traduit en français par les soins de M. le Dr LUBELSKI, qui a eu la bonté de me l'envoyer. On y trouve les rations journalières normales aussi bien que celles des malades, et la composition physiologique de la totalité des aliments et des mets dont on se sert aux hôpitaux civils de Varsovie.

la force musculaire. Cette augmentation persiste pendant quelques jours.

6° *Elimination.* Elle se fait surtout par le rein. On décèle la présence de la kairine dans l'urine avec le perchlorure de fer (en ajoutant quelques gouttes d'une solution à 1/20 avant l'ébuliition).Dans un cas, l'urine émise une heure après l'administration du médicament en contenait des traces non douteuses ; elle en renfermait encore au bout d'une heure et demie. La durée d'élimination totale ne dépasse pas en général vingt-quatre heures. Quand on l'a administrée en quantité notable, on peut en retrouver cinquante heures encore après son administration.

Action thérapeutique. 1° *Action fébrifuge.* L'abaissement thermique est constant et très marqué; il va parfois jusqu'aux extrêmes limites physiologiques. D'autres fois, il n'atteint pas le même degré. L'état d'apyrexie ainsi produit a une durée variable. Dans quelques cas, la température s'est relevée au bout de trois à quatre heures.

Ainsi, dans une observation, 60 centigrammes ont maintenu l'abaissement de température pendant une demi-heure. Parfois, il n'a fallu que 1 gramme pour atteindre l'abaissement maximum ; dans trois autres cas, il a fallu 1 gr. 50; dans un autre, 4 gr. 50. Dans d'autres cas, des quantités plus élevées de kairine produisirent un état d'apyrexie complète.

En Suède, l'intérêt en faveur de ces questions a déjà été éveillé par les travaux de M. le professeur HAMMARSTEN, d'Upsala, et en Norvège par ceux de M. le professeur WORM MÜLLER, de Christiania. M. le professsеur ALMÉN, de Stockholm, directeur de l'administration médicale de Suède, s'occupe aussi de ces questions. Il paraît que les efforts que j'ai faits depuis une vingtaine d'années pour encourager ces recherches en Danemark, ont commencé à gagner également dans ce pays quelques adhérents parmi les médecins. Je crois donc avoir toute cause d'espérer que les pays scandinaves ne resteront pas en arrière, si ces recherches peuvent être organinées dès à présent d'une manière plus internationale que jusqu'ici. (*Nordiskt Medicinskt arkiv.* Band XVI, Nr 30.)



2° *Action antiseptique.* Elle est certaine ; on a mis dans deux éprouvettes 15 grammes d'urine du même malade ; dans l'une, ces 15 grammes furent mélangées avec 25 centigrammes de kairine. Au bout de vingt-quatre heures, l'urine contenant de la kairine avait toujours une réaction acide sans odeur ammoniacale, tandis que l'autre présentait cette odeur avec un aspect trouble et une réaction alcaline.

Dans deux autres éprouvettes, on a mis 6 grammes de l'expectoration pulmonaire, en ajoutant dans l'une 25 centigrammes de kairine. Après vingt-quatre heures, la solution sans mélange présentait une coloration blanc opalescent et une odeur fétide ; l'autre avait une couleur rouge orangé et une odeur légèrement aromatique. Au microscope, on trouvait beaucoup de bactéries dans la première, tandis que la seconde n'en contenait pas.

En résumé, la kairine présente une action antipyrétique certaine sans phénomènes reconstituants marqués. Chez un seul malade, l'auteur a constaté des douleurs intenses s'irradiant du nez vers le pont, qui disparurent dès qu'on eût cessé le médicament. L'augmentation de la force musculaire a été notée dans presque tous les cas ; elle est même plus remarquable qu'avec la quinine. De plus, la kairine ne produit ni bourdonnements d'oreilles, ni surdité, ni vomissements.

(Paris médical, 23 septembre 1883, page 454.)

PAUL RODET.

PLEURÉSIE PURULENTE ENKYSTÉE. — EMPYÈME. — VOMIQUE CONSÉCUTIVE. — BRONCHORRÉE. — GUÉRISON.

Par M. le Dr LELU (1).

Il s'agit d'un homme de 42 ans, employé comme factotum dans une fabrique de chocolat. Monsieur L., demeurant rue St-Denis, à Paris, né en Savoie. Ses parents ont toujours joui d'une excellente santé et sont morts dans un âge avancé, sa mère à 75 ans, et son père à 78 ans. Vers l'âge de 20 ans il est venu à Paris, où il s'est placé comme homme de peine

(1) Travail communiqué à la Société médico-pratique, séance du 12 Janvier 1885.

chez différents industriels. A 29 ans, il entre dans la fabrique de chocolat, où il est depuis 13 ans, et où, grâce à son activité et son intelligence, il est arrivé à se créer une situation. D'une taille moyenne, d'un tempérament lymphatico-nerveux, il a eu la rougeole vers l'âge de cinq ans ; mais depuis il n'a jamais eu de maladie grave, sans être pour cela d'une forte constitution. Il nous affirme n'avoir jamais eu ni écoulements, ni chancre ; il n'est pas alcoolique ; il a parfois quelques douleurs rhumatoïdes, mais ne s'est jamais reposé un seul jour pour cause d'indisposition.

Vers le milieu du mois de mars 1880, à la *suite d'une grande fatigue*, il fut pris une après-midi d'un violent frisson et d'une douleur de côté à droite, assez intense, avec exaspération de la douleur pendant les inspirations. Rentré chez lui, il se couche sans prendre de nourriture et se fait appliquer, *loco dolenti*, quelques sinapismes. Puis, afin d'amener de la transpiration, il prend quelques tasses d'une infusion chaude de fleurs de bourrache. Un peu d'oppression, pas de toux. Le lendemain, ne trouvant pas d'amélioration, il fit appeler son médecin qui lui prescrivit une purgation et la continuation des sinapismes sur le côté douloureux. Vers le troisième jour, le point de côté diminua un peu, mais il fut pris d'une toux sèche, quinteuse, sans expectoration. Se sentant mieux, après cinq à six jours de repos, il reprit son travail, malgré une dyspnée parfois assez intense pour lui rendre impossible tout effort un peu violent. Il se maintint ainsi jusqu'à la fin d'avril, sans éprouver d'autre malaise que de la faiblesse, et cette toux sèche, fatigante, le prenant par quintes qu'il compare à celles de la coqueluche. Son appétit était presque nul; il avait maigri d'une façon sensible. Vers cette époque, pressé par son travail et pour livrer une commande en retard, il veut lui-même porter un paquet assez lourd, pesant environ 30 kilogrammes. Au milieu du trajet, il est obligé d'abandonner son fardeau et de se faire ramener chez lui en voiture. Sa douleur de côté l'avait repris d'une façon si intense et sa dyspnée était tellement considérable qu'il ne pouvait plus avancer.

L. fait de nouveau appeler son médecin qui, après l'avoir examiné, lui ordonne un vésicatoire sur la base droite et une boisson nitrée. C'était alors dans les premiers jours de mai. L.

se tint au repos pendant tout le mois; puis les accidents s'étant amendés, il retourna de nouveau à ses occupations conservant une toux parfois intense et s'accompagnant d'une expectoration abondante, qu'il compare à des blancs d'œufs battus.

Sa dyspnée est variable; L. a remarqué qu'elle est plus considérable le matin et le soir; ses nuits sont tantôt bonnes, tantôt mauvaises. Il a parfois de la fièvre le soir et, dans ce cas, son sommeil s'accompagne de sueurs profuses, qui l'obligent à changer de linge. L'appétit est presque nul, et il remarque qu'il maigrit considérablement.

Enfin, vers le milieu d'août, n'y tenant plus, il quitte complètement son travail et se fait de nouveau traiter. Potions kermélisées, purgatifs, vésicatoires, boissons nitrées, tel fut le traitement suivi jusqu'au 10 octobre, époque à laquelle il me fit appeler, son médecin étant malade lui-même, et ne pouvant plus lui continuer ses soins.

Je le trouvai dans l'état suivant: L... est dans le décubitus dorsal, relevé par plusieurs oreillers, en proie à une dyspnée assez intense, mais n'allant pas cependant jusqu'à l'orthopnée. Le facies est pâle, amaigri ; les lèvres sont légèrement cyanosées, ainsi que l'extrémité des doigts; sa voix a perdu sa tonalité habituelle. L... parle avec une lenteur extrême et sa parole est entrecoupée par une toux presque continuelle, suivie d'une expectoration muqueuse extrêmement abondante, renfermant quelques filets de sang. Douleur obtuse dans le côté droit s'irradiant jusqu'à la région mammaire, s'exaspérant par la toux. La peau est sèche; le pouls petit, dépressible, bat à 130; sa respiration est accélérée, 40 par minute; la température axillaire droite est à 39°5, à gauche 38°9. La paroi thoracique est plus développée à droite qu'à gauche ; je n'ai pas fait la mensuration cystométrique, mais l'augmentation du volume se constate facilement de visu, surtout à la base. En outre, il y a de l'œdème assez marqué de la paroi de ce côté. Si l'on fait causer le malade en appliquant la paume de la main sur le thorax, on perçoit les vibrations dans toute la hauteur à gauche ; à droite, au sommet seulement, mais fortement amoindries; au-dessous de la fosse sous-épineuse, les vibrations sont complètement abolies. Le foie est repoussé en bas. A la percussion à droite, matité absolue, commençant sous la clavicule en

avant et au niveau de la fosse sous-épineuse en arrière, et devenant un peu moins complète près du sternum en avant et le long de la colonne vertébrale, en arrière.

A l'auscultation, frottements au sommet droit en arrière et en avant, râles muqueux, absence complète du murmure vésiculaire au-dessous des fosses sous-claviculaires et sous épineuses. Pas de souffle. La sécrétion urinaire est presque nulle ; c'est à peine si L... rend un verre d'urine par 24 heures ; elle est légèrement albumineuse. Diarrhée peu abondante. Le cœur, un peu refoulé à gauche, ne présente rien d'anormal.

En présence de ces symptômes, et de la marche antérieure de la maladie, le diagnostic n'était pas douteux ; j'avais affaire à un épanchement, sur la nature duquel je crus devoir me prononcer. La présence du pus dans la plèvre me semblait évidente. Toutefois, les frottements des sommets et les râles muqueux faisaient naître un doute dans mon esprit. La pleurésie était-elle franche ou compliquée de tuberculose ? En présence de la gravité de la situation, je ne crus pas devoir m'arrêter à cette idée ; le temps devait m'éclairer à se sujet. Mon parti fut pris immédiatement ; j'annonçai à la famille dans quelle situation grave se trouvait L..., en disant que la seule chance de salut était l'opération de l'empyème. L'opération fut décidée pour le lendemain.

Vu l'état de dépression dans lequel était mon malade, je prescrivis une potion de Todd, plus une infusion de digitale (50 centig. par litre pour tisane), un peu de café et du vin.

Le soir, vers huit heures, lorsque je revis L... Il était en proie a une dyspnée si intense que je fus obligé de lui pratiquer sur le champ une injection sous-cutanée de morphine. Il avait eu, vers 4 heures, un frisson extrêmement violent. La température axillaire était à 40°1. Le pouls petit, misérable, à 140. Respirations : 44. Sueur très abondante. Lorsque je quittai le malade, la dyspnée avait un peu diminué sous l'influence de la morphine.

Le 11 octobre matin. La nuit a été assez calme jusqu'à trois heures. Puis la dyspnée a reparu, il a eu du délire ; la toux, qui avait cessé sous l'influence de la morphine, avait repris son intensité ; L... a expectoré près d'un demi-litre de crachats séro-muqueux. La température a baissé un peu, 39°8. Le

pouls est à 136. 40 respirations. La langue est sèche ; le malade a une soif intense; il répond difficilement à mes questions; sa voix est éteinte. Mêmes prescriptions.

A deux heures de l'après-midi, je pratiquai l'empyème avec le concours de mon excellent confrère et ami le docteur Lemoine. Je n'entrerai pas dans les détails de l'opération. Je dirai seulement qu'après avoir fait une ponction aspiratoire avec l'appareil de Dieulafoy, afin de m'assurer de la nature du liquide, j'opérai sur la ligne axillaire, dans le sixième espace intercostal, et que ce fut presque à l'insu du malade ; il y avait anesthésie de la peau presque complète. Je retirai de la plèvre environ deux verres d'un pus épais, grisâtre et d'une odeur extrêmement fétide; à l'issue du pus, je lavai la plèvre à l'aide du siphon de Potain avec une solution de teinture d'iode (100/300). Au moment où l'injection pénétra dans la cavité pleurale, le malade poussa un cri et porta la main à son épaule, accusant à ce niveau une douleur des plus violentes. La toux, qui avait cessé au moment de l'écoulement du pus, reprit avec une nouvelle intensité et dura ainsi pendant une heure environ. Je laissai un drain dans la plèvre. Potion cordiale des hôpitaux et continuation de l'infusion de digitale.

A dix heures du soir, le malade est un peu moins oppressé. La toux est moins fréquente, mais l'état général est toujours aussi mauvais. La température, un peu moins élevée que la veille au soir, est encore à 39°9. Le pouls ne s'est pas relevé et bat à 140. 44 respirations. Je pratique une injection de morphine. Il s'écoule par le drain un peu de sérosité roussâtre, non fétide et non purulente.

Le 12, matin. Même état, le malade est toujours prostré ; il parle difficilement, se plaint toujours d'une douleur dans l'épaule droite ; le drain ne laisse pas couler de pus ; injection d'eau alcoolisée dans la plèvre. La sécrétion urinaire a augmenté ; garde-robe en diarrhée.

5 heures du soir. L... a toussé toute la journée sans discontinuer ; il a expectoré près de deux grands bols de crachats éro-muqueux où nagent quelques petits filets de sang. Il a eu elques frissons qui ont duré près d'une heure. Le murmure ésiculaire n'est perçu qu'au sommet, minces frottements ; matité persiste toujours dans les limites énoncées ci-dessus.

La température a remonté à 40°2. La dyspnée est aussi considérable ; rien par le drain. Potion au vin de Malaga avec acétate d'ammoniaque.

Il devient évident qu'il reste du pus dans la plèvre ; mais ce pus est sans aucun doute enkysté, puisque les lavages n'amènent rien ; je n'ai vidé qu'une partie de la poche purulente. J'étais bien perplexe, que faire ? Devais-je intervenir de nouveau ? J'attendis au lendemain, décidé à m'inspirer selon les circonstances.

Le 13, huit heures du matin. La nuit a été épouvantable : on a cru que le malade allait mourir, tellement la dyspnée était intense, la toux violente et fréquente ; l'expectoration a été plus abondante que la veille, mais toujours séro-muqueuse. Au moment de ma visite, la face est vultueuse ; le malade se plaint de nausées et fait des efforts pour vomir. Le pouls est petit, misérable. La température axillaire est à 40°5. Il y avait à peu près vingt minutes que j'étais auprès de L... lorsqu'il fit un effort de vomissement et inonda son lit de pus. La quantité rendue peut être évaluée à environ un 1/2 litre ; la fétidité était telle qu'il fallut de suite aérer la chambre, et en tout semblable à celle du pus d'empyème. Mon malade venait d'avoir une vomique qui fut suivie immédiatement d'un soulagement considérable. La dyspnée diminua presque aussitôt ; le pouls se releva également. A l'auscultation, on percevait en arrière, au niveau de la cinquième côte, une sorte de gargouillement et du souffle comme au niveau d'une caverne. Pas de pectoriloquie. Quand je revis le malade le soir, il avait une physionomie tout autre. La cyanose des lèvres avait disparu ; la dyspnée était presque nulle, mais le pouls était encore très fréquent à 130 et le thermomètre marquait 39°8, dans l'aisselle. Quant à la toux, quoique ayant un peu cédé, elle était encore fréquente et toujours suivie d'une abondante expectoration.

Il n'y avait absolument aucune suppuration par le drain.

A partir du 14, les accidents allèrent en s'amendant. L... eut *encore cinq vomiques* qui se succédèrent à quatre à cinq jours d'intervalle, mais qui furent de moins en moins abondantes, *sans toutefois être fétides.*

La plaie d'empyème, qui dans les premiers jours de l'opéra-

tion avait pris une teinte blafarde et de mauvaise nature, devint rosée et quinze jours après était presque complètement cicatrisée sous l'influence de pansements phéniqués.

Le drain fut supprimé le surlendemain de la vomique. Sous l'influence d'une médication tonique (vin, alcool, café, extrait de quinquina, etc.), l'état de L... ne tarda pas à s'améliorer et vers le 28 octobre il entrait franchement en convalescence.

La dyspnée avait disparu dans l'intervalle des vomiques ; la sécrétion urinaire était redevenue abondante, *mais faiblissait de nouveau au moment des vomiques.* Quant à la toux et à l'expectoration, elles persistaient. Afin d'obvier à ces deux causes de fatigue et de dénutrition, et en même temps comme antiseptique, j'imaginai d'administrer la créosote de hêtre en solution dans la glycérine à 1/100. Après huit à dix jours de cette médication, l'expectoration avait diminué de près de moitié, et la toux n'avait plus sa fréquence d'autrefois ; l'appétit était revenu ; la fièvre nocturne avait cédé. On constatait encore des frottements au sommet, ainsi que des râles muqueux, mais beaucoup moins nombreux.

Enfin, vers le 10 novembre, mon malade commençait à sortir ; il toussait à peine, et l'expectoration était nulle. Il avait repris un peu d'embonpoint et, vers le 20, montait ses cinq étages sans trop de fatigue. Jusqu'au 20 décembre, époque à laquelle je le vis pour la dernière fois, la guérison ne s'était point démentie, et L... pensait reprendre ses occupations dans les premiers mois de janvier.

L'examen de la poitrine n'offrait alors rien de bien remarquable, sauf un peu de déformation de la paroi antérieure du thorax à droite, au-dessous de la région mammaire. A la percussion, on trouvait de la submatité en avant et en arrière au niveau de la poche purulente ; les vibrations se sentaient dans toute la hauteur moins accentuées qu'à gauche et plus faibles à la base. L'auscultation faisait percevoir le murmure vésiculaire dans toute la hauteur, mais considérablement affaibli, surtout à la base ; au sommet, légers frottements en avant et en arrière, mais disparition des râles muqueux ; le cœur et le foie avaient repris leur position normale.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante à plus d'un titre.

Et d'abord, la lenteur avec laquelle a marché l'évolution de la maladie (*près de sept mois*) ; les anomalies qu'elle a présentées.

En effet, L... a eu, au début, un frisson initial, un point de côté assez violent, une fièvre assez intense, mais tout cet ensemble dure quelques jours seulement, puis ces symptômes qui l'avaient inquiété s'amendent, et malgré de la dyspnée et une toux assez gênante, L... peut reprendre ses occupations. Habituellement la toux survient presque au début des accidents. Chez notre malade, elle ne se montra que quatre à cinq jours après, et revêtit, de suite, la forme quinteuse. Autre fait remarquable, c'est l'expectoration ; nulle pendant les premiers temps de la maladie, elle devient au bout de quelques semaines d'une abondance extrême.

Quant au diagnostic, nous le croyons justifié. En effet, on ne pouvait songer à une bronchite. L'idée de pneumonie, avec abcès du poumon, pouvait venir à l'idée; mais la marche, la durée et l'évolution de la maladie, tout devait faire repousser le diagnostic. Restait donc la pleurésie avec épanchement devenu purulent; c'est à cette dernière affection que nous avons cru devoir nous arrêter, et que nous croyons complètement évidente. Quant à la nature de l'épanchement au moment où nous fûmes appelé, nous ne pensons pas qu'il puisse y avoir le moindre doute, vu l'ensemble des symptômes que nous avons décrits dans le cours de l'histoire de ce malade.

L'épanchement avait-il été considérable ? Nous ne pensons pas qu'il ait jamais dépassé les deux tiers de la plèvre. C'est ainsi que nous expliquons cette marche lente de la maladie. De plus, nous pensons que la pleurésie est devenue chronique presque tout de suite et s'est rapidement enkystée, mais d'une façon toute spéciale qu'explique l'issue du pus.

En effet, le pus a été retiré de la plèvre par deux voies différentes : 1° *L'opération de l'empyème*, qui n'a donné qu'une quantité relativement minime ; 2° *Les vomiques*. Nous pensons qu'il y avait deux poches kystiques bien distinctes et n'ayant entre elles aucune communication.

Quant à leur formation, il nous est difficile de l'expliquer. Est-ce une fausse membrane qui a partagé la plèvre en deux, en formant une cloison ? Ou bien la plèvre, sous l'influence

des poussées inflammatoires, a-t-elle contracté des adhérences avec un lobe du poumon? Nous ne voulons trancher la question en faveur de l'une ou de l'autre hypothèse; nous nous contentons d'en indiquer la possibilité.

Un autre point, digne de remarque, c'est la rapidité de la guérison de la plaie d'empyème. Trousseau cite bien plusieurs cas de guérison rapide, dans lesquels l'empyème, ayant donné du pus, fut suivi, à quelques jours d'intervalle, d'une ou plusieurs vomiques.

Plus récemment, MM. Brouardel, Raymond, Labbé, ont cité des observations semblables (*Bulletin général de Thérapeutique* du 30 novembre 1878). Mais le pus n'était pas fétide, et je ne connais aucun cas où la suppuration fétide de la plèvre se soit tarie si rapidement. On sait, en effet, avec quels soins méticuleux et longtemps prolongés il faut traiter les pleurésies purulentes pour arriver à des résultats favorables. Chez notre malade, il n'a été fait que quelques injections. Nous ferons également remarquer le gargouillement perçu à l'auscultation après la vomique.

Enfin, un dernier point digne de remarque, c'est l'expectoration. Une sécrétion bronchique aussi abondante est insolite dans la pleurésie. Elle n'est due, croyons-nous, qu'à la compression prolongée du parenchyme pulmonaire, ayant déterminé une inflammation subaiguë de la muqueuse bronchique. Cette particularité nous a fourni l'occasion de constater, une fois de plus, les merveilleux effets de la créosote de hêtre. Je dis merveilleux, car c'est avec une rapidité surprenante que, non seulement la toux, mais encore l'expectoration ont diminué sous l'influence de ce médicament.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Rupture de l'estomac par distension, par le professeur Revilliod (de Genève). — Une jeune fille de vingt-huit ans de bonne santé habituelle, mais sujette à des crises gastralgiques plus ou moins violentes, fait une course immédiatemen

après son dîner, sous l'influence d'une vive contrariété, et, en rentrant est prise d'une crise plus violente que d'habitude qui ne tarde pas à être suivie de douleurs abdominales très vives, de ballonnement qui devient rapidement très considérable ; puis survient de l'emphysème du tronc et de la face, et la malade succombe le lendemain dans la matinée.

A l'autopsie, on trouve plusieurs lésions intéressantes, affectant toutes l'estomac : 1° une déchirure de la tunique *superficielle*, longue de 7 centimètres, située à la paroi antérieure, laissant voir la tunique musculaire intacte ; 2° plusieurs autres déchirures également superficielles, à la paroi postérieure ; 3° une rupture complète, où l'on pouvait passer quatre doigts, située à la petite courbure. Nulle part ni ulcération, ni cicatrice, pas plus que de fausses membranes, ou d'adhérences, ou d'épaississement indiquant un processus inflammatoire autour de ces déchirures. C'était donc bien là une rupture par distension exagérée. Du reste, les déchirures qui n'intéressaient que la tunique externe ne pouvaient être rattachées à un travail ulcératif. L'auteur a pu d'ailleurs vérifier expérimentalement le mécanisme de la déchirure de l'estomac et constater ainsi que c'était d'abord la couche péritonéale qui se déchirait, puis la déchirure gagnait vers la profondeur jusqu'à rupture complète, et que la rupture avait lieu à la région de la petite courbure.

Quant au mode de production de cette distension assez considérable pour amener la rupture de l'estomac, l'auteur l'explique par la formation d'une grande quantité de gaz due à un repas pris trop précipitamment, mal digéré et suivi d'une course fatigante avec vive préoccupation d'esprit, explication que complètent et confirment les données physiologiques.

L'auteur termine son intéressant travail par un court exposé de quelques faits analogues, assez rares d'ailleurs, recueillis dans la littérature médicale. (*Revue médicale de la Suisse Romande*, janvier 1885.)

J. C.

Cancer primitif du pancréas, par MIDDLETON GOLDSMITH (de Rutland, V[t]). — L'auteur rapporte deux cas de cette affection qui est loin d'être commune et qui doit être le plus

souvent confondue, dans la pratique, avec un cancer de l'estomac ou de l'appareil biliaire. Ces deux cas, observés chez la femme, ont présenté ceci d'intéressant, c'est que si le diagnostic n'en a pas été fait du vivant des malades, ce qui ne surprendra personne, puisque le diagnostic de cette affection est d'après tous les auteurs assez obscur, l'étude clinique rétrospective a permis de mettre en lumière certains signes qui peuvent servir à distinguer le cancer du pancréas des néoplasmes des organes voisins, et surtout du cancer du pylore. Parmi ces signes, signalons celui du changement de position de la tumeur qui peut être accessible ou inaccessible à la palpation, suivant que l'examen du malade a lieu avant ou après le repas. Si la tumeur peut toujours être sentie quand l'estomac est vide et ne plus l'être quand l'estomac est distendu, et si elle est plus apparente dans le décubitus horizontal que dans la station debout, l'auteur croit qu'on peut porter le diagnostic de tumeur du pancréas, même malgré la présence de quelques symptômes de cancer stomacal.

Un autre point diagnostique qui lui paraît avoir grande valeur, est tiré des caractères présentés par la douleur. Dans le cancer du pancréas, la douleur est plus continue, elle a de plus nombreuses irradiations que dans le cancer du pylore ; enfin, elle est plus pénétrante, plus désespérante.

L'auteur fait remarquer que l'expuition salivaire remarquée dans quelques cas de cancer du pancréas a existé un moment chez une de ses malades. Signalons enfin, bien que l'auteur ne s'y arrête pas, la coïncidence de cholélithiase chez ses deux malades, constatée chez l'une de son vivant, et chez l'autre à l'autopsie seulement. (*New-York médical Record*, 29 décembre 1884). J. C.

De la désinfection par le chlore et le Brome, par MM. Fischer et Proskauer. — Expériences pratiquées à l'Office sanitaire de Berlin. Des matières virulentes de toute espèce, des levures, des sarcines, etc., furent exposées sous une cloche à l'action du chlore naissant. Il fut reconnu, après des essais multipliés, que dans une atmosphère saturée d'humidité on peut obtenir la destruction de tous les microbes par une proportion de chlore déterminée, à condition que les objets virulents ne soient pas enveloppés, ni en couche trop

épaisse. Cette proportion a été fixée en moyenne à 3 pour 100 en volume lorsque la durée de l'expérience ne dépasse pas une heure, à 4 pour 100 lorsqu'elle se continue pendant vingt-quatre heures.

Lorsqu'il s'agit d'étendre ces résultats à la pratique de la désinfection, on se buta à d'énormes difficultés. On aménagea spécialement un petit caveau voûté, dans lequel on fit dégager du chlore après y avoir placé une collection des objets que l'on désinfecte habituellement. L'opération n'est pas exempte de dangers pour les voies respiratoires ; les vêtements et les teindures sont mis hors de service; les frais sont relativement considérables. Par surcroît, l'action du chlore reste très imparfaite et ne détruit que les micro-organismes de la superficie. En résumé, le chlore constitue un désinfectant difficile à manier et infidèle. On peut en dire autant du brome. Wernich avait annoncé (*Centralbl. f. med. Wiss.*, 1882) des résultats avantageux que les auteurs ne peuvent confirmer que partiellement. (*Mittheil. aus dem kais. Gesundheitsamte*, 1884, p. 228. et *Gaz. hebd.*, nº 26, 1884.)

OBSTÉTRIQUE — GYNÉCOLOGIE — PÉDIATRIE

Quelques considérations sur l'infection puerpérale, par le Dr Joachim Bondesen. — L'auteur, qui a examiné avec soin tous les cas d'infection puerpérale observés à la maternité de Copenhague pendant l'année 1882-83, conclut à la nécessité de distinguer entre diverses catégories de cette infection. Sur 591 femmes accouchées, 43 furent attaquées d'une fièvre puerpérale décidée. Dans 21 de ces cas, l'apparition des accidents puerpéraux eut lieu si peu de temps après l'accouchement (entre 2 et 5 jours), qu'il n'y a aucune raison de douter que l'infection dont ils étaient le résultat n'ait eu lieu pendant l'accouchement même. La plupart des cas en question se produisirent dans un assez court espace de temps, et cette petite endémie avait pour origine évidente une malade transférée, aux premiers travaux de l'accouchement, de l'hôpital communal, où elle avait été admise pour un phlegmon diffus de l'avant-bras et une septicémie universelle. Chez les 22 autres malades, au contraire, les premiers symptômes de la maladie se présentèrent si tard (de 6 à 10 jours après la parturition), qu'il faut repousser

comme invraisemblable l'intervention d'une infection survenue pendant l'acouchement, aucune infection connue ne restant si longtemps latente. On trouvera plutôt l'explication de ces cas en recourant à une infection secondaire, amenée, pendant l'état puerpéral, par les vulnérations de différentes espèces, avec ou sans mortification des tissus de la partie inférieure du canal génital. Cette opinion est également appuyée par le fait que la plupart des malades en question offraient des ruptures considérables du périnée et du vagin,et que la maladie se présenta le plus souvent sous la forme d'une paramétrite. Des observations semblables sur la fièvre puerpérale tardive ont été faites pendant ces dernières années par MM. MUELLER, KUESTNER et VEIT, dont l'interprétation diffère cependant en quelques points. Mais, en admettant comme fondée l'explication donnée ci-dessus de l'origine de la fièvre puerpérale tardive, nous sommes forcés d'avouer qu'on n'est pas autorisé à conclure, de l'énumération *in globo* de tous les cas de morbidité puerpérale, dans quelle mesure tel traitement donné peut être capable de prévenir l'infection. L'élucidation de cette question demande une distinction des cas différents : il faut considérer d'une part les cas dans lesquels la cause morbide doit être rapportée à l'insuffisance des mesures antiseptiques prises pendant l'accouchement ; d'autre part ceux dans lesquels la méthode antiseptique a été insuffisamment appliquée pendant les couches. (*Nordiskt medicinkt arkiv.*, Band XVI, 30.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

—

Des accidents vertigineux et apoplectiformes dans les maladies médullaires, par GIRAUDEAU. — Thèse de Paris, 1884, Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

Les accidents qu'étudie, dans sa thèse inaugurale, M. le Dr Giraudeau, accidents vertigineux et apoplectiformes, sont les uns et les autres du même ordre et, quant à la signification, ne doivent pas être distingués.

Ce sont des manifestations en quelque sorte banales des affections de la moelle, ne témoignant que d'un seul fait : de la participation du bulbe au complexus pathologique. Aussi M.

Giraudeau n'a-t-il fait deux chapitres séparés, consacrés à l'appréciation de ces deux phénomènes, que pour la netteté de l'exposition et la facilité de l'analyse.

Il a soin de nous avertir qu'il faut voir dans cette séparation voulue une disjonction schématique qui ne subsiste pas dans la réalité de l'observation.

Une conséquence très importante se dégage de cette affirmation : c'est que, à l'égal des attaques apoplectiformes les plus graves immédiatement, les vertiges les plus légers et les plus passagers comportent un pronostic redoutable et présagent une maladie vraisemblablement irrémédiable, avec issue fatale sans doute prochaine.

Les cliniciens prudents devront donc toujours s'émouvoir de la constatation d'accès vertigineux susceptibles d'être rapportés à quelque affection médullaire.

Même en laissant de côté la paralysie générale diffuse, on aurait tort de regarder le symptôme vertigineux comme l'apanage presque exclusif de la sclérose en plaques. C'est en effet dans la sclérose en plaques que les attaques apoplectiformes ou vertigineuses apparaissent avec le plus de constance; mais elles sont loin d'être pathognomoniques de cette maladie. Dans l'ataxie locomotrice, les phénomènes vertigineux et apoplectiformes ont maintes fois été constatés. Lecoq en a publié un grand nombre d'exemples, dont il serait aujourd'hui facile de grossir la liste. Dans la myélite chronique diffuse, les pertes de connaissance ont été signalées et M. Giraudeau ajoute deux observations à celles que nous possédions déjà par les leçons de M. Vulpian. Dans l'atrophie musculaire progressive et la sclérose latérale amyotrophique, on peut encore, d'après M. Joffroy, observer des manifestations du même ordre. Enfin, certaines affections de la région cervicale de la moelle, consécutives à des traumatismes peuvent s'accompagner d'attaques syncopales et épileptiformes, de troubles passagers de la connaissance, très analogues à des attaques apoplectiformes.

En résumé, M. Giraudeau établit que beaucoup d'affections médullaires se compliquent d'altérations bulbo-protubérantielles susceptibles, comme on le sait, de donner lieu aux accidents précités ; aucune observation précise ne permet d'accepter l'action à distance sur le bulbe de lésions éloignées de

la moelle ; il n'est pas davantage vraisemblable que les manifestations apoplectiformes soient l'effet d'une poussée congestive intense des vaisseaux encéphaliques, on peut s'en convaincre par le dépouillement minutieux et intelligent des observations.

Cette thèse, d'une lecture facile et d'une logique serrée, aboutit à des conclusions irréfutables dont il est indispensable de se pénétrer et qu'il est utile de faire connaître. C'est un travail consciencieux qui mérite tous les éloges et qui fait le plus grand honneur à son auteur.

L. T.

FORMULAIRE

Observation de médecine pratique.

Les instruments destinés à donner des lavements sont aujourd'hui, très commodes ; cependant, ils ne remplissent pas toujours les conditions voulues.

Si le médecin prescrit un lavement avec deux ou trois cuillerées à bouche d'huile d'amandes douces, ou une huile composée, il est rare que l'huile soit administrée; étant plus légère que l'eau, elle reste à la surface du liquide, la pression du siphon s'arrête justement au moment où l'huile arrive au fond de l'appareil. Pour éviter cet inconvénient, le médecin doit formuler ainsi :

Huile d'amandes douces 2 cuillerées à bouche.
Jaune d'œuf.......... n. 1

Mêlez, ajoutez peu à peu l'eau tiède ou froide ; dans la circonstance, il y a émulsion et mélange intime.

La traumaticine.

La traumaticine est une solution de gutta-percha dans le chloroforme ; c'est un excipiént des médicaments externes. Cette solution, étendue sur la peau à l'aide d'un pinceau, y laisse un enduit résistant sous forme de pellicule brune. Le docteur Auspitz, de Vienne, fait dissoudre dans ce mélange de l'acide chrysophanique qui lui donne plus d'adhérence et empêche le frottement extérieur.

Cette préparation est employée avec succès dans le traitement du psoriasis ; elle peut être également employée dans un grand nombre de cas, lorsque le médicament qu'on désire employer est soluble dans le chloroforme ou peut y rester en suspension.

M Auspitz propose la formule suivante :

Chloroforme.......... 8 parties
Acide chrysophanique. } ââ 1 —
Gutta-percha......... }

M. Besnier formule ainsi les deux liqueurs :

1° Acide chrysophanique	10 à 15 gr.
Chloroforme	90 à 95 —
2° Gutta-percha purifiée	10 gr.
Chloroforme	90 —

—

Potion contre la pleurésie des enfants.

(J. Simon).

Teinture de Scille	ââ 10 gout.
Teinture de digitale	
Oxymel scillitique	10 gr.
Eau distillée de tilleul	100 —

Faire une potion à donner par cuillerée à café, toutes les demi-heures, aux enfants atteints de pleurésie ; lait pur ou aromatisé pour boisson ; tous les deux ou trois jours pastilles de calomel de cinq centigrammes chaque ; appliquer des vésicatoires de 5 centimètres de diamètre et les laisser peu de temps. Si l'épanchement persiste au-delà de trois semaines, frictions avec de l'huile de croton mitigée ; si enfin ce dernier moyen échoue, il y a lieu de songer à la thoracentèse.

—

Gargarisme anesthésique.

Feuilles de coca	20 gr.
Eau	500 —

Faites bouillir lentement à petit feu, jusqu'à réduction de moitié.

Contre toutes les affections douloureuses de la bouche et de la gorge et la dysphagie douloureuse.

—

Boissons rafraichissantes

(Beaumetz)

La formule du docteur Mutter est la suivante :

Eau bouillante	100 lit.
Racine de gentiane concassée	200 gr.
Feuilles de menthe	200 —

Faire infuser une demi-heure, filtrer à la chausse et ajouter :

Glycyrrhizate d'ammoniaque	30 gr.
Acide citrique	40 —

Cette boisson revient à 2 francs les 100 litres.

—

Autre formule.

Eau chaude	100 litres.
Quassine cristallisée	10 cent.
Sucre	30 gram.
Essence de menthe	100 gout.
Glycyrrhizate d'ammoniaque	50 gram.
Acide nitrique	50 —

Le docteur Mutter fait observer que si l'on veut n'en faire qu'un litre, on ajoutera à l'eau 1 gr. 50 du mélange des diverses substances.

M. Campardon a reconnu que le meilleur moyen de diminuer la soif consiste à mâcher quelques petits copeaux; on évite ainsi tout danger de diarrhée et l'appétit est surexcité.

M. Duchesne a constaté qu'un excellent moyen pour supprimer la sensation pénible de la soif consiste à prendre dans la journée trois cuillerées à café de la solution suivante dans un peu de vin ou de tisane amère :

Eau distillée............ 100 gr.
Phosphate de potasse.... 4 —

—

Phosphore et rachitisme

(Kassowitz, de Vienne).

Huile de foie de morue 100 gram.
Phosphore............ 1 cent.

Une à deux cuillerées à café par jour.

—

Autre formule.

Huile d'amandes douces 70 gram.
Phosphore............ 1 cent.
Sucre blanc pulvérisé. 30 gram.
Essence de fraises...... 20 gout.

Une à deux cuillerées à café par jour.

—

Lotion Martineau contre le pityriasis du cuir chevelu et l'érythème cutané.

Hydrate de chloral...... 25 gr.
Eau distillée............ 500 —
Liqueur de Van Swieten. 100 —

Une cuillerée à bouche tous les jours en frictions sur la tête.

Stanislas Martin.

VARIÉTÉS

—

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses récompensées* : Le Ministre a approuvé la délibération par laquelle la Faculté de Médecine a accordé les récompenses suivantes aux docteurs en médecine, dont les noms suivent, qui ont subi leur thèse pendant le cours de l'année scolaire 1883-1884 :

Médailles d'argent (10) : MM. A. Auvard ; J.-P. Barette ; G. Bellangé ; A. Boissard ; A. Chantemesse ; P. Gibier ; F. Monvenoux ; A. Russon ; G. Quesneville ; J. Vauthier.

Médailles de bronze (22) : MM. H. de Argaez ; L. Baron ; P. Binet ; A. Boquin ; C. Cantacuzène ; A. Cochez ; F. Colanéri ; L. Coudray ; H. Crosnier de Varigny ; A. Dancourt ; P. Dourdin ; P. Greffier ; E. Levillain ; F. Levillain ; A. Malécot ; V. Ménard, P. Michaux ; E. Ozenne ; E. Renouard ; G. Thibierge ; E. Turquet ; P. Verchère.

Mentions honorables (29) : MM. H. Béraud ; E. Bouchut ; P. Brisse; St-Macary ; P. Coudray ; E. Coutant ; G. Crouigneau ; J. Dagonet ; H. Danchez ; L. Gellé de Gennes ; H. Gilson ; C. Girandeau ; E. Grange : L. Gressin ; P. Gros ; M. Hache ; A. Karth ; R. Labusquière ; E. Lachaud ; N. Lallot ; R. Langenhagen ; A. Lavergne ; H. Luc : L. Moutier ; C. Nourit ; Augustin Oger ; L. Petitot ; J. Socquet ; A. Thuvien.

— Légion d'honneur. — Nous sommes heureux de signaler deux nominations dans l'ordre de la Légion d'honneur :

1° M. le Dr *Halmagrand*, père, d'Orléans, dont nos lecteurs ont pu apprécier le remarquable travail publié par le *Journal de médecine* sur le choléra :

2° M. le Dr *Mac Gavin*, qui a conquis à Paris une grande situation non seulement dans la colonie étrangère où il exerce depuis plus de 20 ans, mais encore parmi les nombreux confrères qui ont eu l'occasion d'apprécier sa science et ses qualités professionnelles.

— Service de santé. — Le ministre de la guerre vient de décider qu'un concours pour l'admission aux emplois d'élèves du service de

santé militaire s'ouvrira à Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours, le 10 août 1885, pour l'épreuve écrite.

Les épreuves orales auront lieu :

A Paris, le 7 septembre ;
A Nancy, le 14 septembre ;
A Lyon, le 17 septembre ;
A Montpellier, le 17 septembre ;
A Bordeaux, le 24 septembre.

Les candidats seront répartis, d'après leur choix, entre les villes ci-dessous indiquées, qui possèdent à la fois un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil et une Faculté de médecine et une école supérieure de pharmacie, ou une Faculté mixte, ou une école de plein exercice et de pharmacie, savoir : Paris, Lille, Nancy, Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse, Bordeaux, Nantes, Rennes et Alger.



REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 *février* 1885. — Présidence de M. J. Bergeron.

De la paraldéhyde. — M. Desnos, candidat dans la section de thérapeutique, lit un travail sur ce sujet. Ce médicament a une influence très manifeste sur la respiration sans avoir aucune action sur le cœur. Il offre de nombreux avantages sur les autres hypnotiques. Quand des doses faibles ou moyennes ont échoué, on doit peu conserver d'espoir d'agir à des doses plus élevées. Ce médicament agit surtout contre la fièvre, qui est une cause d'insomnie, mais il agit peu contre la douleur. M. Desnos l'a employé chez 38 malades, il a eu peu d'insuccès.

Le sommeil provoqué de la sorte est en général calme, mais il n'en est pas toujours ainsi. Quelques malades ont de l'excitation et des cauchemars.

Contre la douleur, la paraldéhyde est inférieure au chloral et à la morphine ; cependant, M. Desnos, avec une dose de 4 grammes, continuée pendant quelques jours, a pu triompher d'une névralgie occipitale qui avait résisté aux autres moyens.

On a déjà proclamé l'innocuité de cet agent pour le tube digestif : cela est vrai pour l'intestin, mais il n'en est pas toujours de même pour l'estomac. Chez quelques sujets, il y a eu des crampes d'estomac, des vomissements tels que certains malades refusent toute ingestion nouvelle de ce médicament.

En somme, ce médicament est surtout utile chez les malades atteints d'affections cardiaques. Peut-être pourrait-on essayer, grâce à ce medicament, de faire perdre aux morphiomanes leur déplorable habitude.

De l'accroissement de la population en France. —

M. Lagneau. A Paris, dans les arrondissements pauvres, il y a un grand nombre de reconnaissances d'enfants, de 28 à 32 pour 100; tandis que dans les arrondissements riches il n'y en a que 10 ou 11. Cela semblerait montrer qu'on recule plus devant le mariage que devant la reconnaissance des enfants. Les formalités et les frais occasionnés par le mariage sont donc un empêchement certain.

M. Lagneau a toujours été frappé de l'insuffisance de protection accordée aux jeunes filles. La jeune fille n'est protegée par la loi que de 15 à 16, alors qu'elle n'est majeure qu'à 21 ans. Cependant c'est surtout après l'âge de 25 ans que les grossesses sont communes chez les jeunes filles.

Dans certains pays, les pères putatifs sont forcés de faire une pension aux enfants. C'est là une mesure qui peut diminuer le nombre des infanticides.

M. Rochard attribue à la foi religieuse une natalité plus grande. De 1861 à 1866, en France, l'accroissement de la population pour les 36 millions de catholiques, a été de 0,33 pour cent; pour les 800.000 protestants, elle a été de 1,10, et pour les 67.000 juifs, elle a été de 2,27. Il y a donc là une différence considérable. On admet, avec raison, que les juifs ont une natalité plus grande que les catholiques; ce qui est surtout vrai, c'est que leur mortalité, et en particulier leur mortalité infantile, est très minime.

M. Hardy a parlé de l'influence de l'armée. Il ne faut pas trop désirer la précocité des mariages masculins; les jeunes gens qui se marient trop tôt, avant l'âge de 21 ans, présentent une mortalité beaucoup plus grande que celle des célibataires de même âge. Il en est tout autrement après l'âge de 21 ans; les hommes mariés ont alors une mortalité moins grande que les célibataires.

Les hommes se marient en France à un âge moyen de 28 ans et 5 mois; c'est pour cela qu'il y a chaqne année 70,000 naissances illégitimes.

Sur un million d'émigrés, il n'y en a que 77,000, soit 1/13 qui se naturalisent. Cette émigration ne peut donc pas, comme le dit M. Hardy, compenser notre défaut de fécondité.

Relations de l'ozone et du choléra. — M. Proust communique, au nom de M. Pamard (d'Avignon), une note sur la relation de la présence de l'ozone atmosphérique et de la marche du choléra, durant la dernière épidémie.

Bien des médecins croient encore, surtout depuis les communications faites récemment à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine sur ce sujet, que la plus ou moins grande quantité d'ozone coïncide avec la plus ou moins grande intensité de l'épidémie. D'après M. Pamard, il n'en serait rien; ainsi à l'hôpital d'Avignon, il y avait au mois de septembre dernier plus d'ozone dans les salles des cholériques que dans les jardins.

En somme, la quantité d'ozone coïncide tout simplement avec élévation de la température.

A l'appui de sa manière de voir, M. Pamard a dressé des tableaux, rec tracés, que M. Proust met sous les yeux de ses collègues.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 *février* 1885. - *Presidence de* M. DUPLAY.

Ostéomyélite prolongée, par M. Bertin (de Gray). **Rapport de** M. RICHELOT.

Luxation sous-claviculaire avec fracture du col anatomique, par M. Bertin (de Gray). **Rapport.** — M. RICHELOT. La réduction fut faite facilement par la propulsion directe. Enfant de 8 ans tombé de 4 ou 5 mètres de haut.

Il se fit un abcès consécutivement à la réduction. Un mois et demi après, la consolidation était parfaite.

M. M. SÉE. Cette observation serait très curieuse, si le diagnostic était certain; cette luxation est tellement rare chez l'enfant qu'il ne faut accepter le diagnostic qu'avec réserve. Il est probable qu'il y avait là un décollement épiphysaire. On s'explique mieux la facilité de la reduction de cette manière.

M. RICHELOT. Les termes et le détail de l'observation sont tellement nets que l'on ne peut guère accepter que l'hypothèse d'une fracture. Sans doute on peut faire des réserves quand on n'a pas vu le cas.

Contribution à l'étude des luxations des deux derniers métacarpiens, par M. Bablon, de Chambéry.

L'auteur a rencontré trois fois cette lésion rare: une première fois elle fut occasionnée par le recul du levier de la culasse du chassepot; une deuxième fois la lésion eut la même cause; une troisième fois elle fut causée par le recul d'un écouvillon chez un zouave. Dans les trois cas il y eut plaie à la face palmaire de la main.

Les troubles fonctionnels sont graves, non à cause de la luxation, mais à cause des lésions cutanées, nerveuses et tendineuses, d'où des troubles trophiques, des raideurs, des atrophies, toutes lésions justiciables de l'électricité et du traitement hydro-minéral ou thermal. L'auteur aurait pu nous dire le résultat du traitement. Cette lésion est rare. L'auteur n'en a trouvé signalés que deux autres cas: elle est moins facile avec le fusil Gras qu'avec le chassepot.

Anus contre nature consécutif à une hernie étranglée gangrenée. — M. DESPRÉS. Il y a trois ans, un jeune homme entre à l'hôpital pour une hernie inguinale étranglée. M. Schwartz, appelé, fit la kélotomie. La hernie était gangrenée et il y avait de la péritonite. L'intestin fut fixé aux lèvres de l'incision par un point de suture.

Le malade le lendemain vomissait encore. Je plaçai un vésicatoire de 30 centimètres de côté et le malade fut mis à la diète. Trois jours après il rendait des gaz et des matières par l'anus artificiel. Il alla bien à partir de ce moment, mais il restait un anus contre nature.

Il y avait une complication qui me fit hâter le moment de l'opération de l'anus : il y avait un prolapsus intestinal hors de l'anneau avec un éperon considérable, d'où l'aspect d'un canon de fusil double qu'avait cet anus.

J'aurais pu décoller l'intestin et faire la suture de l'intestin, mais

j'aurais eu une hernie adhérente et irréductible. Je procédai autrement. Je fis la section de l'éperon avec la pince à forcipressure : ce ne fut pas suffisant. Alors je pris la pince à phimosis de Ricord et je la laissai quatre jours en place : l'éperon était détruit.

Je réséquai la partie d'intestin qui était hors de l'anneau, d'abord avec le fer rouge, puis avec de l'amadou caustique.

Mais il restait encore un petit éperon, que je détruisis avec une pince à forcipressure. A partir de ce moment les gaz et les matières passèrent par le bout inférieur. Il y avait tendance à la guérison naturelle ; je favorisai cette tendance par des cautérisations et la compression.

Onze mois après l'accident la fistule persistait. Je fis la suture après avivement (tout d'abord j'avais tenté une réunion secondaire), par le procédé américain, du pourtour de l'orifice sans toucher à l'intestin. La fistule avait 1 centimètre, l'avivement circulaire avait 1 cent. 1/2 de large. Je mis six points de suture, mais l'opération échoua. Je renouvelai la tentative : il resta encore une fistulette qui se ferma, puis se rouvrit et enfin guérit. Il est probable que cette guérison sera définitive, sans que j'en aie la certitude ; je n'ai pas revu le malade.

Il y a trois points intéressants dans cette observation :

1° L'existence de la péritonite ;

2° La gangrène de l'anse intestinale au niveau de son bord libre et non au niveau du collet de la hernie ;

3° Et enfin le procédé de suture qui n'intéressait que les téguments.

M. Kirmisson lit un travail sur deux observations de *périnéorrhaphie.*

M. Henriet lit un travail sur la position que prennent les *corps étrangers dans la vessie de l'homme.*

M. Delorme lit un travail sur le *traitement de l'hydarthrose par la compression localisée et forcée.*

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du 12 *février* 1885. — Présidence de M. Pajot.

La correspondance comprend une lettre de M. Louis Roger, qui demande à être nommé membre correspondant national ; une lettre de M. le Dr Wasseige qui annonce l'envoi de son livre et demande à être nommé membre correspondant étranger.

M. le Dr Gallard fait part d'une demande de M. Guichard, d'Angers, qui désire être nommé membre correspondant.

M. le Président annonce que ces demandes seront enregistrées et que la Société statuera plus tard.

M. Charpentier lit un mémoire sur **une variété de tumeurs de la région cervicale des nouveaux-nés.** — En 1875, Ruge publiait un mémoire sur les lésions du fœtus à la suite de l'extraction dans les présentations de l'extrémité pelvienne soit primitives, soit consécutives à la version. Il signalait parmi les lésions rares, outre les épanchements san-

guins dans la région cervicale, des hémorrhagies dans les muscles, dans le tissu cellulaire qui les entoure, de véritables lésions musculaires. Il s'agit de déchirures qui, quelquefois, se limitent à quelques fibres isolées des muscles, se reconnaissent facilement au microscope et sont ordinairement accompagnées de petites ruptures vasculaires, mais qui quelquefois envahissent des parties plus étendues, déterminent de grands épanchements sanguins dans les muscles, et peuvent même, quoique très rarement, conduire à la déchirure complète des muscles. Le lieu d'élection est surtout les muscles du cou et principalement le sterno-cleïdo-mastoïdien. Souvent c'est la portion externale seule qui est atteinte, tantôt la partie inférieure, tantôt la partie supérieure des muscles. Ces mêmes lésions peuvent atteindre d'autres muscles du cou. Ces lésions musculaires sont surtout dues aux manœuvres employées dans les présentations de l'extrémité pelvienne. Mais, dit Ruge, on peut les rencontrer dans les présentations de l'extrémité céphalique, à la suite des applications de forceps ou de céphalotribe : Strezeczka a même signalé cette lésion comme produite par les seuls efforts de la matrice dans un cas de présentation de l'extrémité céphalique. Sur 64 cas d'extraction, Ruge a rencontré 18 fois des lésions musculaires. En 1876, Planteau et son maître Blachez publiaient un mémoire reposant sur 3 faits de tu meurs siégeant au côté droit du cou dans l'épaisseur du sterno-cleïdo-mastoïdien, tumeur dure, élastique, ovoïde, non fluctuante, peu douloureuse, du volume d'un œuf de pigeon. Dans ces cas, la tumeur n'avait été constatée par les parents que 2 ou 3 semaines après la naissance. Ils en donnent une description très complète.

Frédéric Taylor, qui a eu l'occasion de faire l'examen anatomique de ces tumeurs, a constaté que c'était surtout l'extrémité sternale du muscle qui était indurée et au microscope trouva un tissu blanc dont les faisceaux isolaient les fibres musculaires qui, elles, étaient intactes ; selon toute vraisemblance, il s'agit d'une production fibreuse ayant pour point de départ le tissu conjonctif interstitiel.

Il y a quelques semaines M. Blachez présentait à la Société médicale des hôpitaux un enfant atteint d'une tumeur du sterno-cleïdo-mastoïdien, et cette fois encore il s'agissait d'un enfant né par le siège et l'extraction avait été difficile. M. Blachez considère ces tumeurs comme distinctes des tumeurs sanguines qui se produisent pendant l'extraction du fœtus dans les muscles du cou; celles-ci, en effet, pour lui, apparaîtraient dans les premiers jours de l'accouchement, atteindraient immédiatement leur maximum de volume, présenteraient de la fluctuation et seraient toujours accompagnées d'une ecchymose des parties voisines.

De son côté, le Dr Wilks, médecin de l'infirmerie royale de Londres, a observé un certain nombre de cas d'induration chronique du sterno-mastoïdien chez des enfants de quelques semaines. Pas un des enfants observés par ces différents auteurs n'était syphilitique.

A propos de la communication de M. Blachez, M. Legroux dit qu'il avait constaté un certain nombre de cas analogues et, comme M. Blachez, il les considère comme dus à une rupture musculaire.

Descroizilles signale ces tumeurs dans son Manuel de pathologie et de clinique infantiles sous le nom d'hématomes du sterno-cleïdo-mastoïdien.

M. Charpentier en a observé 5 cas, dans lesquels les enfants sont nés par le sommet.

1er cas : Garçon se présentant en O I D P non réduite, extrait par le forceps après rotation ; 3 semaines après, apparition, sur le sterno-mastoïdien, droit, d'une tumeur dure, non douloureuse, excepté à la pression, qui ne disparaît qu'au bout de 2 mois.— Cataplasmes et pommade à l'iodure de plomb. (Le forceps classique a été employé.)

2e cas : Primipare-garçon, O I G A, extraction facile par le forceps classique. 15 jours après, tumeur du sterno-mastoïdien droit : en 15 jours résolution.

3e cas : Multipare. Accouchement spontané facile à terme d'une fille en O I G A. 15 jours après, apparition d'une tumeur du sterno-mastoïdien gauche, avec raideur musculaire, forte contracture du faisceau sternal, cataplasmes, pommade résolutive, guérison en un mois.

4e cas : Multipare. Sommet en O I D P. La rotation ne se faisant pas, application du forceps Tarnier, rotation difficile, extraction d'un garçon vivant de 4635 grammes. A 7 semaines, on vaccina l'enfant; vaccin de genisse, belle éruption vaccinale. 8 jours après, c'est-à-dire 55 jours après l'accouchement, la mère constata l'apparition d'une tumeur sur le sterno-mastoïdien droit, tumeur dure, non douloureuse. La mère l'attribua au vaccin. Cette tumeur se ramollit, devint fluctuante et on fut forcé de l'ouvrir au bistouri. Pus, guérison rapide.

5e cas : Primipare. O I D P. 24 heures de travail ; pas de rotation. Le forceps classique est appliqué; rotation assez facile et extraction d'un garçon pesant 3,250 grammes. Immédiatement après la naissance, on constate une paralysie du deltoïde gauche. Electrisation par le Dr Onimus. Guérison en un mois. Plus de 7 semaines après l'accouchement, apparition, au niveau du sterno-cleïdo-mastoïdien droit, d'un gonflement dur, indolore, limité au faisceau sternal du muscle, gonflement qui atteint le volume d'une noix et commence seulement depuis quelques jours à entrer en voie de guérison.

Sur ces 5 faits, 4 sont consécutifs à des applications de forceps; 3 fois il s'agissait de garçons se présentant en O I D P, et l'application a été faite pour remédier au manque de rotation; 1 fois il se présentait en O I G A. 4 fois la tumeur a occupé le côté droit ; dans tous les cas, l'apparition de la tumeur a été tardive. 4 fois la tumeur s'est terminée par résolution, une fois par suppuration.

En présence de ces faits, il est impossible de ne pas établir une relation intime entre l'application de forceps et l'apparition de la tumeur, si tardive qu'elle soit. Une fois l'accouche-

ment a été spontané et la tumeur ne semble pas être identitique aux autres ; elle présentait les caractères du torticolis, siégeait à gauche et est apparue chez une fille. Dans tous les cas, la tumeur siégeait sur la région sterno-mastoïdienne qui se trouvait en rapport avec la paroi postérieure du bassin. C'est donc à la traction et à la pression de la branche postérieure du forceps qu'il faut attribuer la production de ces tumeurs. Reste à expliquer leur apparition tardive. M. Charpentier est embarrassé; dans ces cas, il n'y a peut-être eu que tiraillement musculaire et sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque, telle que le refroidissement, l'inflammation se sera déclarée et la tumeur sera apparue.

M. Charpentier signale encore une variété de tumeurs constituées par des indurations de petit volume, et siégeant sur les points d'application des cuillers du forceps, en particulier au niveau de la région molaire et de la branche montante du maxillaire inférieur. Ces tumeurs sont indolores et semblent constituées par une sorte de tassement du tissu cellulaire. Elles apparaissent en général 7 à 8 jours après l'accouchement et disparaissent en quelques semaines, sans aucun traitement. Cependant, M. Charpentier vient d'observer un cas où un de ces petits noyaux a suppuré ; on dut l'ouvrir au bistouri et la guérison survint.

M. Pajot a peine à rattacher une tumeur semblable à l'accouchement ; peut-être y a-t-il une prédisposition et il peut y avoir d'autres causes. Lorsque la tumeur apparait, à la suite d'une application de forceps, dans les 7 ou 8 jours qui suivent l'accouchement, on peut rattacher l'une à l'autre, mais 55 jours après, cela lui paraît difficile à accepter.

M. Charpentier insiste sur le siège constant à droite dans les positions postérieures, la tumeur apparaissant après des tentatives de rotation artificielle.

M. Pajot ajoute qu'il faut être très réservé dans les tentatives de rotation. On a bien dit qu'il suffisait du doigt ou de la main pour faire tourner la tête ; dans ces cas, on aurait pu se dispenser d'intervenir car la tête aurait tourné seule. Lorsqu'on veut l'exécuter avec le forceps, il faut y aller très prudemment et si on n'éprouve pas trop de résistance, dégager la tête en occipito-sacrée. Quelques accoucheurs ont soutenu qu'on pouvait mettre le menton de l'enfant en rapport avec le dos sans inconvénient; c'est aller beaucoup trop loin.

M. Doléris demande si dans le cas où il y a eu suppuration, la tumeur était musculaire.

M. Charpentier pense que, dans ce cas, il y a eu myosite suppurée.

M. Doléris. N'est-ce pas plutôt un cas d'adénite suppurée, suite de vaccination. Il eût été important dans ce cas de vérifier soigneusement le siège de la tumeur.

M. Bailly rappelle qu'il y a plus de 16 ans M. Guéniot a publié un mémoire sur les lésions du cou à la suite des opérations. Cet auteur attribuait les lésions à l'extrémité de la cuiller qu'on introduisait trop profondément. Il est donc important de ne

pas trop enfoncer la cuiller. Il a en ce moment un petit malade qui porte à la région sus-épineuse une petite tumeur due probablement aux manœuvres qu'il a tentées. inutilement du reste, pour faire tourner la tête ; il dut faire l'extraction en occipito-postérieure. Il est probable que dans le cas de M. Charpentier la tumeur existait depuis quelque temps quand on s'en est aperçu.

M. Charpentier répond que les enfants ont été soigneusement examinés et notamment celui qui a eu une paralysie du deltoïde. Il est donc bien certain qu'il s'est écoulé un long temps entre l'accouchement et l'apparition de la tumeur.

M. Pajot, à propos du cas de M. Bailly, insiste sur la difficulté qu'on éprouve souvent à faire tourner la tête et refuse d'admettre qu'on puisse la faire tourner si facilement avec le doigt comme le veulent certains accoucheurs.

M. Charpentier présente à la Société l'enfant qui fait l'objet de la cinquième observation.

M. le Dr Verrier présente un *goniomètre* qu'il a fait construire par M. Mathieu sur ses indications. Avec cet instrument il a pu mesurer un grand nombre de bassins de nos collections et en particulier de cadavres décharnés, mais conservant leurs articulations, que M. Farabeuf avait bien voulu mettre à sa disposition.

Il a mesuré les plans et les axes de ces bassins et établi avec son instrument les angles qu'ils formaient avec l'horizon dans toutes les positions prises par les différents peuples pendant l'acte de la parturition et répétées par lui avec les cadavres. Ces positions, il les a données aux cadavres frais de l'École pratique, d'après le travail du Dr Engelmann, de Louisville.

Il est ainsi arrivé à établir une classification comprenant les postures et leurs variétés admises pour l'accouchement, chez tous les peuples, depuis ceux où la femme n'est gouvernée que par l'instinct d'éviter la douleur jusqu'à ceux où la civilisation a fait de cet acte l'apanage de savants d'un grand mérite.

Voici quelle est sa classification des accouchements :

1re POSTURE (PERPENDICULAIRE OU DROITE)

Comprend la position debout avec ses variétés et la position à genoux verticalement.

2e POSTURE (INCLINÉE EN AVANT)

Comprend les positions à genoux inclinées avec leurs différents degrés et la position accroupie.

3e POSTURE (INCLINÉE EN ARRIÈRE)

Positions demi-couchées soit sur un aide, un lit à plan incliné sous des angles plus ou moins aigus, ou un autre corps inerte.

4e POSTURE (ASSISE).

A terre, sur un lit ou sur la chaise obstétricale des anciens.

5e POSTURE (COUCHÉE).

Comprenant les positions horizontale, dorsale ou latérale

employées en Europe ou même abdominale dans certains cas.

Cette classification a en outre l'avantage de marquer les différentes étapes suivies par la civilisation depuis les temps préhistoriques jusqu'à nos jours.

Dans cette première séance, M. Verrier ne veut s'occuper que de l'accouchement debout avec des variétés constituant la 1re posture de sa classification. Il soumettra toutes les autres successivement à la Société, ainsi que les conclusions qu'il en tirera au point de vue de la pratique obstétricale.

1re POSTURE PERPENDICULAIRE OU DROITE.

Mesure de l'angle formé par le détroit supérieur dans cette posture.. 56°

Par le détroit inférieur............................. 22°

M. Verrier fait remarquer que la thèse de M. Aubeau, ainsi que celle de Pinard prouvent combien la forme, la longueur et la courbure du sacrum varient, même chez des femmes bien conformées, appartenant à la même race.

Ce fait explique l'écart considérable trouvé dans la mesure de l'angle du détroit inférieur. Tarnier et Chantreuil ont consigné dans leur livre les mesures de cet angle prises sur le vivant allant à 15 et à 20°.

Nous sommes donc loin des 11° admis par les auteurs classiques.

Les sujets mesurés à l'école pratique étaient de deux tailles: l'une des femmes, avec un bassin bien conformé, avait 1 m.60. Une autre, dont le bassin était étroit mais régulier (0,095), n'avait que 1 m. 45.

L'angle du détroit supérieur chez cette dernière était de 58°.

1re POSITION. — *Accouchement debout la femme étant seulement soutenue par des aides.*

Position la plus anciennement prise par les femmes des premiers âges.

Il existe des bas-reliefs dans les temples de Boudha dans l'Inde qui en font foi.

Une sculpture de l'époque grecque trouvée par M. le Dr Cernola dans l'île de Chypre, montre une scène de l'accouchement debout il y a 2.300 ans.

Une peinture au musée obstétrical de New-York nous fait voir cette position adoptée par les Indiens des Etats-Unis.

Des travaux de Godefroy, de Rennes, qui condamnait l'accouchement debout comme dangereux, tendent à prouver que cet usage s'était répandu en Bretagne. Il existe encore actuellement dans le Cantal.

Parmi les peuples exotiques chez lesquels les femmes accouchent debout, M. Verrier cite, dans l'Afrique équatoriale, les Wacambas dont il montre un dessin à la Société, d'après Robert Felkin (*Note on labour in central Africa*) et les Loangos, qui, au lieu d'aides, s'appuient contre les murs de leur hutte.

2e position, 3e position et 4e position.

Accouchement debout, suspension volontaire; accouchement debout attachée et accouchement à genoux.

De l'Afrique centrale, d'où la coutume de l'accouchement debout venait d'Asie, cette coutume fut transportée, avec la traite des noirs, en Amérique avec quelques modifications, et nous retrouvons les négresses de la Caroline du Sud, évidemment de provenance africaine, qui se suspendent volontairement à une branche d'arbre pendant l'accouchement; elles s'y cramponnent au moment de la contraction en soulevant légèrement les pieds qui, au contraire, touchent à terre durant le repos de l'utérus. Les Bruhis-Siams accouchent debout, mais la femme se cramponne au cou de son mari ou, à son défaut, au cou d'un gars vigoureux de la tribu.

Les Tasmaniens, dont les malheureux débris sont depuis peu éteints, accouchaient également debout de la même façon. Dans l'Orénoque, la femme s'appuie sur une corde de liane étalée et suspendue d'un arbre à l'autre, sorte de hamac, sur lequel elle repose les ischions dans l'intervalle des douleurs, mais elle se dresse verticalement dès que celles-ci se font sentir. Les femmes du Dar-Fur, sur le Nil et les Somanlis accouchent aussi debout, se tenant à une corde. En somme, toutes ces positions et d'autres analogues ne sont que des variétés de la posture perpendiculaire.

Enfin chez les Apaches, qui accouchent aussi debout, s'il survient une difficulté, on suspend la parturiente sous les aisselles, la corde fixée sur une branche élevée qui fait office de poulie; deux Indiens vigoureux tirent la corde et enlèvent la femme à quelques centimètres de terre, tandis que la sage-femme se suspend au-dessus du globe utérin et le groupe quittant ainsi le sol y est ensuite rejeté brusquement pour recommencer la même manœuvre jusqu'à la sortie de l'enfant !

C'est donc tout à la fois par l'expression utérine et la succussion abdominale que se jugent chez les Indiens Apaches les cas de dystocie.

Quelquefois la femme a les mains attachées au-dessus de sa tête comme dans l'île de Cérans, au nord de l'Australie. L'accouchement à genoux n'est qu'une modification de l'accouchement debout, et il est au moins aussi ancien, car Latone, dit-on, accoucha debout d'Apollon, appuyée contre un palmier dans un champ de verdure (Homère, *Hymne à Apollon*).

Les peuples qui aujourd'hui pratiquent encore l'accouchement à genoux sont :

Les *Gros-Ventres* et les *Pieds-Noirs*, lesquels s'appuient sur un bâton planté verticalement. D'autres Indiennes, *des négresses*, et voire des *blanches du Nord de Mexico*, accouchent à genoux, tenant une corde à laquelle elles se cramponnent pendant les douleurs et reposent le tronc sur les talons dans l'intervalle de celles-ci.

Le major Forwood, chirurgien américain, rapporte avoir été

témoin d'un accouchement chez les *Comanches*, qui s'est passé de la façon suivante :

« A peu de distance hors du camp et en arrière de la hutte de la famille on a construit un abri de branches vertes, haut de 5 à 6 pieds, en creusant des trous en terre et en entassant des branches avec leurs feuilles autour de la circonférence d'un cercle de 8 pieds de diamètre environ.

On ménagea une entrée en dehors et en ligne on planta solidement trois bâtons à 10 pas de distance l'un de l'autre.

A l'intérieur de l'abri on avait fait dans l'herbe deux excavations rectangulaires d'environ 20 à 25 centimètres avec un bâton au bout de chacune. Dans un de ces trous il y avait une pierre chaude et dans l'autre un peu de terre remuée pour recevoir l urine et les fèces. Tout autour étaient des herbes aromatiques ; quelquefois il y a une lanière pendue à une branche qui remplace le bâton et à laquelle la parturiente se suspend pendant les douleurs.

Je trouvai, dit le major Forwood, ma patiente en train de se promener avec un aide, qui est quelquefois un parent, sur la ligne des bâtons. De temps en temps, pendant les douleurs, la malade s'agenouillait en se tenant à deux mains après un des bâtons. Elle passait presque tout son temps ainsi.

Quelquefois, elle entrait dans l'abri pour se mettre au-dessus des pierres chaudes et de la terre remuée. Pendant chaque douleur, elle s'agenouillait près d'un bâton, les genoux écartés, le corps incliné en avant, la face inclinée ou levée au moment des plus grandes douleurs et se tenant fortement au bâton, L'aide se tenait derrière la patiente et lui passait les bras autour du corps en pressant de haut en bas sur le ventre. Il fit ainsi plusieurs passes de massage pendant les douleurs et plus souvent un mouvement vif, comme s'il voulait secouer un oreiller.

La parturiente ne se coucha point pendant le travail et aussitôt le placenta expulsé, elle se leva, ceignit une forte ceinture de cuir avec des boucles, se mêla à la foule et disparut bientôt sans s'occuper le moins du monde de son enfant. » (Engelmann, trad. de l'angl.)

On retrouve des coutumes à peu près semblables chez les Indiennes de la vallée Unitad qui boivent de l'eau presque bouillante pendant le travail et jusqu'après la délivrance.

Dans une séance prochaine, M. Verrier exposera la 2e posture. *Accouchement incliné en avant.*

M. Polaillon présente une malade qu'il a opérée de concert avec M. Dumontpallier. Il s'agit d'une tumeur de l'ovaire. Il fit l'ovariotomie le 27 novembre 1884 et enleva une tumeur solide pesant 11 livres qui adhérait en plusieurs points aux organes voisins et notamment à la corne droite de l'utérus. Il fut forcé de faire une très longue incision qui partait du pubis. Le pédicule, très volumineux, fut laissé au dehors. Le lendemain de l'opération, on s'aperçut qu'elle perdait du sang ; M. Polaillon défit le pansement, c'était le pédicule qui saignait. Il le cautéri-

sa profondément au thermo-cautère, puis appliqua des boulettes imbibées de perchlorure de fer, mais en vain, le sang coulait toujours. Il fit alors une constriction au moyen d'un tube de caoutchouc ; l'hémorragie s'arrêta. Il y eut un peu de grangrène et de fièvre ; le pédicule tomba le 10e jour, la cicatrisation était complète en trois semaines. La tumeur, examinée au microscope, fut reconnue pour un myo-sarcome.

M. Terrillon fait remarquer que le cas de M. Polaillon démontre l'importance de la ligature élastique. Dans l'hystérectomie, elle est indispensable; sans elle, la mort par hémorrhagie est presque constante.

La seule difficulté est de pouvoir l'appliquer. M. Pozzi en a donné récemment un moyen ingénieux.

M. Polaillon répond que la ligature élastique est bonne contre l'hémorrhagie, mais qu'elle expose à la suppuration et la péritonite. Malgré cela, à l'avenir il emploiera la ligature élastique.

Dans un cas, M. Marchand fit l'hystérectomie comme complément d une ovariotomie et ne plaça qu'un fil de fer ; la femme mourut d'hémorrhagie.

M. Pajot tient à faire ressortir que ces opérations ne sont pas comparables à l'opération césarienne. Celle-ci est mille fois plus dangereuse, à cause de l'état particulier de la femme. Il y a de nombreuses raisons d'infection ; et c'est la grande propension à l'absorption qui fait le danger de l'opération césarienne.

M. Marchand croit aussi qu'il n'y a pas parité entre les deux opérations, car dans l'opération césarienne, des liquides septiques sont versés dans le péritoine par la plaie utérine, même lorsqu'on fait des sutures, car très souvent elles cèdent partiellement ou complètement.

M. Polaillon vient de faire une restauration du périnée chez une femme qui avait une rupture complète et qui avait été déjà opérée 9 fois. L'opération a réussi, le périnée est beau, mais la fonction laisse à désirer, elle a un peu d'incontinence. L'opérateur à fait la suture de Langenbeck à trois étages.

M. Doléris demande de quel fil s'est servi M. Polaillon.

M. Polaillon. De fils d'argent.

M. Doléris rappelle sa communication de la séance précédente et pense qu'on eût pu employer le catgut.

M. Marchand n'aurait pas osé, dans ce cas, se servir de catgut.

M. Polaillon répond à M. Doléris qu'il eût été impossible de se servir du catgut parce que l'opération a porté sur des tissus inodulaires difficiles à rapprocher et à maintenir.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN

Séance du 10 *novembre* 1883. — Présidence de M. Jude Hue président sortant, et de M. Ballay président.

Statistique des maladies régnantes observées au dispensaire Martinville pendant le 3me trimestre, par

M. GENDRON.— Sur une simple période trimestrielle, la statistique des maladies observées à notre consultation du Dispensaire Martainville n'offre d'intérêt que sous le rapport des *épidémies saisonnières*, que ces épidémies soient exclusivement surbordonnées à des circonstances météorologiques, ou que ces circonstances interviennent pour réveiller les aptitudes pathogènes d'un contage devenu inactif. Si ce n'est pour ces deux groupes d'épidémies, auxquelles la durée d'un trimestre suffit souvent pour qu'elles traversent toutes les phases de leur développement jusqu'à la décroissance, un laps de temps aussi limité ne permet aucune étude intéressante sur l'ensemble des maladies constatées, si nombreux que soient les malades observés, parce qu'alors l'hérédité, les conditions sociales, l'hygiène, etc., l'emportent sur les influences d'ordre physique. Cependant, l'épidémiologie d'une ville peut à certaines époques être brusquement troublée par l'apparition de quelque fléau d'importation, et l'imminence d'un pareil danger pour nous a appelé notre attention sur quelques particularités du travail de statistique que nous avons sous les yeux.

Nous ne ferons donc que mentionner la décroissance, habituelle à cette époque de l'année, du nombre des MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES, y compris la COQUELUCHE. — La ROUGEOLE, que nous observons beaucoup à cause de la grande clientèle d'enfants, après avoir atteint une moyenne élevée en juin, est descendue au chiffre 25 en juillet, pour disparaître complètement en septembre.

Pendant ce trimestre, qui comprend les mois de juillet, août et septembre, ce sont les DIARRHÉES dont la fréquence a subi un accroissement considérable, ainsi qu'en témoignent les chiffres 49, 87, 32 correspondant à chacun des mois, et qui représentent le quintuple des cas observés pendant le trimestre précédent. Pour donner à cet exposé toute la rigueur qu'il doit avoir, nous séparerons les enfants en bas âge des adultes ; les premiers sont des réactifs si sensibles aux moindres vices de l'hygiène ou de l'alimentation, que les affections gastro-intestinales qui les atteignent sous l'influence de causes spéciales doivent avoir une place à part dans l'appréciation de l'état sanitaire d'une population. Les chiffres précédents, en excluant les enfants en bas âge, se réduisent à 23, 45, et 13 ; c'est encore

une proportion considérable, puisque aux mois précédents les cas de diarrhée chez les adultes oscillaient autour d'une moyenne de 5. Remarquons en outre qu'en août le nombre des diarrhées d'adultes a été aussi élevé que celui des diarrhées d'enfants qui sont toujours infiniment plus fréquentes, et avaient aussi augmenté ; du reste, la presque totalité des diarrhées des deux autres mois appartiennent à la dernière semaine de juillet et à la première de septembre.

Nous avouons que jusqu'ici ces chiffres n'éveillent qu'un médiocre intérêt ; tous nos confrères, pendant l'époque à laquelle nous faisons allusion, ont observé la diarrhée et en ont signalé la fréquence ; il est reconnu que chaque année, moins que cette année pourtant, nous subissons une période de chaleurs qui, associées à certaines causes alimentaires, provoquent généralement des désordres de ce genre plus ou moins accentués. Mais en dehors de ces causes extrinsèques et transitoires, n'existe-t-il pas des conditions intrinsèques et permanentes, relatives à l'hygiène des sujets et des logements, au régime alimentaire, qui font des individus qui les réalisent un excellent terrain d'action pour celles-là ? C'est encore non douteux. Dans cet ordre d'idées, nous avons donc voulu nous assurer, par des recherches assez minutieuses s'il n'existait pas, dans la circonscription du dispensaire Martainville, des foyers d'origine d'où nous seraient plus particulièrement venus les cas de diarrhée que nous avons observés. Le résultat de ces recherches ne manque pas d'intérêt.

Les trois paroisses ou quartiers qui composent la circonscription du Dispensaire, et qui sont les plus populeux de la ville, ont été très inégalement éprouvés. Le quartier de Notre-Dame, durant tout le trimestre, n'a fourni que 6 cas. — Le quartier de St-Maclou est représenté dans le relevé par le chiffre 29 ; dans ce quartier, la plus grande partie des malades sont venus de la rue de Martainville et de la rue des Arpents.— Mais le quartier de St-Vivien a atteint à lui seul le chiffre de 46, et pendant le mois d'août, époque du plein développement de l'épidémie, le nombre des cas qui s'y sont produits était notablement supé[rieur] à celui des deux autres quartiers réunis ; dans ce quar[ti]er la rue Lau-de-Robec et les petites rues s'y abouchant [o]nt fourni les deux tiers des cas.

On nous dira que tel quartier est plus peuplé d'indigents, et que pour cette simple raison nous y voyons plus de malades. Cette objection n'infirme en rien nos propositions, parce qu'il s'agit seulement de déterminer quel est le point où cette clientèle, spécialement prédisposée à l'atteinte des maladies qui frappent avant tout et surtout sur les classes pauvres, doit offrir le moins de résistance à l'invasion de la maladie, où celle-ci est le plus susceptible de se développer, de se multiplier, et d'où naturellement elle devra rayonner. Nous pensons que l'organisation de notre service nous permet mieux qu'à d'autres de répondre à ces questions.

Les résultats que nous présentons ont donc une signification qui ne saurait échapper. Ils nous apprennent que l'épidémie de diarrhée a surtout atteint certains quartiers où les habitants vivent dans des conditions hygiéniques défectueuses ; ne le saurait-on d'avance que l'exposé précédent le laisserait supposer. Mais cette sorte *d'épreuve* exercée sur les divers points de la circonscription par une affection relativement bénigne, nous révèle mieux que toute enquête directe de quel côté le terrain se trouve le plus propice à l'éclosion d'une maladie meurtrière; que le choléra vienne à être ensemencé en un de ces foyers, où sous l'influence de simples circonstances météréologiques les diarrhées se sont si facilement multipliées, et à coup sûr il y pullulera avec une redoutable rapidité. A ce point de vue, nous croyons que la statistique médicale du troisième trimestre nous fournit un précieux enseignement.

OUVRAGES REÇUS

Le *Journal de Médecine de Paris* a reçu :

Des avantages de l'hydrothérapie hivernale, par E. Duval. Paris, Baillière, 1885.

Du Thym, ses propriétés thérapeutiques, par le docteur Campardon. Paris, Doin, 1885.

Effets physiologiques et thérapeutiques des bains de siège et traitement de la spermathorrhée par l'hydrothérapie et l'électricité, par le docteur Glatz. Genève, Schuchardt, 1881.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André ;
Maison spéciale pour journaux et Revues.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE : RÉSULTATS DE LA STAPHYLORRHAPHIE ; COMMUNICATION DE M. HORTELOUP SUR LE VARICOCÈLE ; DISCUSSION SUR L'ERYSIPÈLE TRAUMATIQUE.

Comme le héros de la ballade de Zedlitz évoque dans La Revue nocturne ses anciens soldats, le professeur Trélat évoque successivement ses anciens opérés : le tableau est sans doute moins fantastique ; mais le contraste entre la voix qu'on pouvait leur supposer avant l'opération et celle qu'on entend aujourd'hui ne laisse pas que d'être très saisissant. Ils n'ont pas besoin de pousser des *vivats* en l'honneur de leur habile chirurgien : ils n'ont qu'à parler, qu'à dire la moindre banalité, lire un article du Règlement de l'Académie, pour proclamer l'excellence des résultats phonétiques obtenus.

FEUILLETON

REVUE DES TRIBUNAUX.

UN DOCTEUR QUI GUÉRIT LES INCURABLES.

Il n'est si bonne société qu'à la fin on ne quitte, disait le roi Dagobert à son chien en le jetant par-dessus le pont de Saint-Denis. On aurait pu en dire autant au sieur *Jean Louis Cazau*, que le tribunal correctionnel condamnait ces jours derniers à mille francs d'amende pour exercice illégal de la médecine, quoique son avocat ait affirmé (qu'en savait-il ?) que du temps où Cazau était sabotier, il avait pu gâter du bois, mais qu'il avait répandu des guérisons et n'avait gâté aucune créature humaine, depuis qu'il s'était fait médecin.

Sans diplôme, nous en avons maintenant la preuve, il s'était agrégé au corps médical ; il figure à la page 206 d'un annuaire i s'abrite sous le nom de Roubaud, son fondateur ; le nom futur condamné est placé à son rang alphabétique sur une ge portant en titre courant : *Docteurs Paris*. Il s'était attrié les qualités suivantes : d'abord une date pour singer la

Pour n'être pas aussi grave que la malformation qui nécessite l'opération délicate de la staphylorraphie, le varicocèle n'en est pas moins une affection très ennuyeuse, et pas toujours commode à guérir radicalement. M. Horteloup, chirurgien de la Maison de Santé, est venu exposer un procédé ingénieux qui lui a donné d'excellents résultats immédiats et consécutifs.

Après s'être excusé, avec un tact infini, de n'avoir pas accepté d'être porté à la vice-présidence de l'Académie, le professeur Verneuil a fait une conférence magistrale sur l'érysipèle traumatique et sa disparition graduelle sous l'influence des pansements antiseptiques. Les autres chirurgiens qui ont pris la parole sur cette question, MM. Gosselin, Panas, Le Fort et Trélat, sont d'accord sinon sur la nature de l'antiseptique, du moins sur son importance, sur son absolue nécessité, et aussi pour nous faire entrevoir dans un avenir peu éloigné la disparition complète de cette fâcheuse complication : si les microbiologistes ne se pressent point, ils finiront par ne plus pouvoir se procurer le microbe de l'érysipèle ;

Sous l'objectif désert, ces mortels éperdus
Le chercheront un jour et ne le verront plus,

pourrait-on ajouter, en parodiant, le chantre d'Elvire.



---

façon dont les docteurs véritables indiquent l'année de leur thèse inaugurale, puis, ce qui est un comble, *guérisseur d'incurables*, et enfin une longue liste de médailles d'honneur et d'or, de diplômes de 1re classe avec les indications Paris 1874, Marseille 1875, comme pour les marchands de bretelles. A la fin de la liste du docteur, il avait repris son insertion, cette fois accompagnée d'un crachat de 40 millimètres de diamètre, qui laisse bien loin derrière lui la petite croix à cinq branches qui, dans nos annuaires, indique le chevalier de la Légion d'Honneur. Il s'était attribué six branches, et c'est probablement à cette addition qu'il doit d'avoir été relaxé du délit de port illégal de décoration devant le tribunal.

Cette exhibition de décoration, plus ou moins authentique, est le moyen le plus employé par les charlatans pour frapper l'attention des dupes. Mais d'autres, plus adroits, tentent de se faufiler réellement dans la phalange de la Légion d'Honneur. Il y a quelques années un journal politique du matin, que tout

REVUE PROFESSIONNELLE

LES MÉDECINS ET LA LOI DU 21 MARS 1884 SUR LES SYNDICATS PROFESSIONNELS.

Nous avons annoncé, dans un de nos précédents numéros, que nous remettions jusqu'après l'arrêt de la cour de Caen, à laquelle avait été déféré un jugement du tribunal de Domfront (Orne) qui déniait aux médecins le droit de se former en syndicat, et d'ester en justice à ce titre, les critiques que nous avaient suggérées les termes de cette décision. La cour de Caen a statué et a adopté le système des premiers juges. Quoique jugement et arrêt doivent être portés, paraît-il, devant la cour suprême, nous croyons à propos de dire dès à présent quelques mots d'une question qui intéresse le corps médical tout entier.

Il faut rappeler tout d'abord que, jusqu'en 1884, c'est-à-dire jusqu'à la promulgation de la loi du 21 mars sur les syndicats professionnels, l'on vivait sous le régime de la loi répressive du 17 juin 1791, qui interdisait les syndicats ; si donc, malgré cela, il existait un assez grand nombre de ces associations,

---

le monde lit et dont on pourrait dire ce que le philosophe Esope disait des langues : il est ce qu'il y a de meilleur et de plus mauvais, publiait des récits mirifiques des voyages d'un médecin indien, qui avait rapporté, d'un long séjour dans les montagnes du Cachemir, des plantes dont le suc guérissait tous les maux. Les éloges chèrement achetés portèrent toutefois pendant quelques mois des fruits savoureux. Ce journal va partout, même dans les cours souveraines; une grande dame, approchant un des plus respectables trônes de l'Europe, accourut à Paris pour user de ces merveilleux remèdes; et, pour se faire bien venir du praticien, qui arborait carrément dans sa publicité le titre de docteur, elle demanda au ministre des affires étrangères de France de lui décerner la croix de la Légion Honneur. La galanterie faillit entraîner le ministre, mais les inotations du casier judiciaire du postulant rendit, fort heureunent, la décoration impossible. Le prétendu confrère était un icien trompette de cavalerie que des irrégularités de conduite

c'était par simple tolérance, et elles étaient absolument illégales.

Le législateur de 1884 a voulu remplacer par une loi de liberté la législation de défiance qu'il allait abroger, et son intention a été de lui donner le plus d'extension possible.

L'article 2 de la loi est ainsi conçu : « Les syndicats ou as-
« sociations *professionnelles*, même de plus de vingt person-
« nes exerçant *la même profession*, des métiers similaires ou
« des professions concourant à l'établissement de produits dé-
« terminés, pourront se constituer librement sans l'autorisation
« du gouvernement. »

Voilà qui est net : les personnes exerçant *la même profession* peuvent se former en syndicats. Ces syndicats professionnels ont exclusivement pour objet l'étude et la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles, c'est l'article 3 de la loi qui le dit, le législateur ayant voulu exclure l'étude des questions politiques ou religieuses.

Les fondateurs de syndicats ne sont astreints qu'à la simple formalité du dépôt des statuts et du nom des membres chargés de l'administration.

Enfin, la loi reconnaît aux syndicats professionnels la per

---

avaient forcé à séjourner, non pas au Cachemir, mais dans les compagnies de discipline du Sénégal et le suc merveilleux n'était que l'huile de cajeput, qu'il achetait chez un droguiste de Paris. Après quelques jours de traitement, il fallut convoquer cette fois de vrais docteurs, voire des professeurs de la faculté de médecine pour porter remède à la grande Duchesse, fort endommagée par les mauvais traitements des sucs, car, quoi qu'en ait dit l'avocat, l'intervention de ces ignorants est le plus souvent une cause d'aggravation, et leurs actes constituent toujours un danger réel. Comprend-on la facilité avec laquelle ils peuvent évoluer même au grand jour, sans attirer les foudres vengeresses qui devraient cependant protéger les médecins, instituées en vertu de la loi de ventôse an XI, loi existante, comme on dit actuellement.

Cependant le Cazau que vient de condamner le tribunal, existe avec son crachat, et les titres honorifiques dans plusieurs éditions successives de l'*Annuaire*, *almanach du commerce et*

sonnalité civile et leur confère le droit d'ester en justice.

Ceci dit, pourquoi les médecins seraient-ils exclus du bénéfice du droit d'association que confère la nouvelle loi à toute personne exerçant la même profession ?

C'est pourtant ce qu'a décidé le tribunal de Domfront. à la date du 6 décembre 1884, dans les circonstances suivantes :

Un individu était poursuivi par le parquet pour exercice illégal de la médecine ; or, dans le département de l'Orne, un syndicat médical s'était constitué régulièrement et avait cru devoir intervenir au procès comme partie civile et réclamer une indemnité.

Cette intervention a été rejetée par les motifs suivants :

« En ce qui concerne la recevabilité de l'intervention de Lary, ès qualité qu'il agit :

Attendu que la loi du 21 mars 1884, en autorisant la création de syndicats ou d'associations professionnels, même de plus de vingt personnes exerçant la même profession, a exigé, dans son article 3, que ces associations aient exclusivement pour but l'étude et la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles ; que cette disposition de la

---

de l'industrie ainsi que *de la magistrature et de l'administration*. Dans ce recueil, le public est habitué à chercher des informations, et pour toute autre profession que celle de docteur en médecine, il n'est pas trompé.

C'est à des sources officielles que sont puisés les renseignements qui ont servi à établir la liste des députés, des sénateurs, des ministres et des chefs de bureau, des avocats, des avoués, etc. Je voudrais bien savoir que diraient les avocats qui tentent de disculper un sabotier qui, dans un but frauduleux, usurpe le titre de docteur, si un homme d'affaires véreux, se glissait à beaux deniers comptants sur la liste des avocats à la cour d'appel par exemple ?

Une altération semblable des listes serait cependant moins ıngereuse pour le public auquel ce livre est destiné. En effet, s ravages causés par l'ignorance du charlatan pris pour un octeur ne peuvent être réparés ni par appel ni par cassation. u'est une plaie d'argent à côté d'une infirmité acquise ?

loi ne saurait être étendue à d'autres cas qu'à ceux qui ont été spécialement et nominativement indiqués par le législateur ; que s'il en était autrement, toute association professionnelle aurait le droit de s'occuper de questions politiques ou religieuses ; que cependant il est certain que la loi a voulu éviter un pareil résultat ;

Or, attendu que si l'on est amené à reconnaître que l'énonciation contenue dans l'article 3 est limitative, il paraît difficile d'admettre que les médecins, qui n'ont ni intérêts économiques, ni commerciaux ou industriels à étudier ou à défendre, puissent se constituer en syndicat ;

Attendu que, dût-on admettre que des médecins puissent se constituer en syndicats, il resterait à rechercher si ces syndicats ont le droit d'ester en justice ;

Attendu que, d'après la loi du 21 mars 1884, ce droit n'a été accordé qu'à une certaine catégorie de syndicats ;

Attendu, en effet, que l'article 6 de cette loi est ainsi conçu : « Les syndicats professionnels de patrons et d'ouvriers ont le « droit d'ester en justice. »

Que la loi, il est vrai, ne dit pas : auront *seuls* le droit d'ester en justice ; mais que l'on ne comprendrait pas, si tous les

---

L'annuaire dont nous parlons se sert-il du tableau des avocats pour éviter toute erreur ? Pour le corps médical, il trouvera des documents aussi précis ; la loi de ventôse prescrit le dépôt au greffe du tribunal civil de la liste de tous les docteurs établis dans l'arrondissement ; tant pis pour ceux qui auront négligé de faire cette inscription, le silence dont on couvrira leur nom sera pour l'avenir le plus sûr avertissement.

L'inscription illégale du condamné Cazau n'est pas la seule tache qui attriste dans cet annuaire les véritables docteurs. Illégalement ils sont confondus sous une désignation fausse de médecins, chirurgiens et officiers de santé, — comme si on mélangeait les hommes d'affaires et les notaires. Puis encore, dénués de tout grade, au mépris flagrant de la loi, des personnages véreux usurpent, grâce à un voisinage qu'ils ont envahi, une fonction que la loi a réservée à ceux qui ont donné des garanties de savoir et qui ont subi des épreuves probantes. A côté des noms les plus respectables de la Corporation, M. le Pro-

syndicats professionnels régulièrement constitués pouvaient user du droit dont il s'agit, que le législateur eût employé une formule restrictive, et ne se fût pas borné à dire que les syndicats professionnels régulièrement constitués avaient le droit d'ester en justice ;

Qu'en présence de la rédaction qui a été adoptée par le législateur, les tribunaux ne sauraient reconnaître à une association professionnelle qui ne peut rentrer dans la catégorie des associations de patrons et d'ouvriers, une faculté que la loi a voulu lui interdire ;

Attendu qu'en vain l'on voudrait assimiler le syndicat, qui est représenté dans l'instance par son président, le docteur Lary, à une réunion de médecins qui, habitant la même ville, viennent réclamer la réparation du préjudice qu'une concurrence illicite leur a causé ;

Attendu que si l'on consulte la jurisprudence, l'on remarque que toutes les fois qu'une intervention formée par une réunion de médecins a été admise par les tribunaux, les médecins étaient désignés individuellement et nominativement dans l'acte en dommages ;

Que par suite l'on comprend que la cour de cassation ait été

---

fesseur Richet, par exemple, se traînent les annonces impudiques des héros de la police correctionnelle, dont le libellé brave l'honnêteté des mots et qui ne craignent pas d'insérer des invitations qui sont des avances mal déguisées au crime. Comme si ce n'était pas suffisant, un certain nombre de noms sous des pseudonymes, abritent des industriels, non pas qu'ils aient honte de leurs agissements, mais parce qu'ils espèrent ainsi esquiver des responsabilités. Les noms universellement respectés ne sont employés que pour couvrir de leur pavillon d'honnêteté les plus coupables entreprises et l'on s'étonne qu'un recueil respectable qui, par pudeur, n'insère pas l'adresse de certaines maisons hospitalières, accepte, pour le profit qu'il en retire, les indications que contient cette liste.

amenée à reconnaître : « qu'aucune loi n'interdisait à plusieurs « médecins d'une même ville d'agir d'un commun accord « pour faire déterminer le chiffre de dommages-intérêts qui « pouvaient leur être dus ; qu'en se réunissant dans ce but « parce qu'ils avaient le même intérêt, chacun d'eux n'avait « pas cessé d'agir par le fait de sa volonté individuelle ; »

Qu'il est évident que ces principes ne sauraient trouver leur application dans l'espèce actuelle ;

Qu'il convient donc, en résultance de ces diverses considérations, de déclarer non recevable l'intervention.

C'est par les mêmes motifs que la cour de Caen a, à la date du 4 février, confirmé le jugement qui avait été frappé d'appel.

Malgré cette concordance d'appréciation des deux juridictions, nous n'en estimons pas moins que l'interprétation donnée est contraire aux termes comme à l'esprit de la loi.

Tout d'abord, il nous paraît absolument inadmissible de dire que parce que l'article 3 parle d'intérêts *économiques*, *industriels*, *commerciaux et agricoles*, il y a lieu de déclarer, comme le fait le tribunal de Domfront que « les médecins n'ayant « pas de semblables intérêts à défendre ou à étudier ne peu- « vent se constituer en syndicats. »

La médecine est bien *une profession*, puisque la profession dans le langage courant implique l'exercice habituel et régulier de certains travaux ; or cette profession comme toute autre comporte des intérêts économiques, et sinon industriels au moins professionnels et scientifiques en dehors de la politique et de la religion.

Peut-on soutenir, comme l'a fait le jugement, que l'article 3 est limitatif et que parce qu'on y voit les mots : « *industriels et agricoles* », le législateur a entendu exclure les mots : « *professionnels et scientifiques.* »

Ah ! s'il s'agissait d'une loi pénale dans laquelle tout est de droit étroit, peut-être pourrait-on le soutenir ? Mais n'oublions pas ce que nous avons dit au début, c'est que la loi du 21 mars 1884 a été une loi essentiellement libérale, et que l'intention du législateur a été de lui donner le plus d'étendue possible ; dès lors, chercher à la restreindre, c'est aller contre l'esprit qui a présidé à sa confection.

Du reste, lorsque l'on se reporte aux travaux préparatoires, tous doutes disparaissent aussitôt, si l'on avait pu en concevoir ; voici, en effet, les paroles prononcées, au Sénat, par M. Tolain, le rapporteur de la loi :

« On a cru tout d'abord, parce que la commission s'était servie des mots : *syndicats professionnels*, qu'elle voulait en « resteindre, limiter et circonscrire l'application aux seuls ou- « vriers qui travaillent manuellement, aux ouvriers industriels. « Jamais la commission n'a eu une telle pensée ; elle espè- « re bien, au contraire, que la loi qui nous est soumise est une « loi très large, dont se serviront *un très grand nombre de* « *personnes* auxquelles, tout d'abord, on n'avait pas pensé : « *les gens de bureau*, par exemple, *les comptables*, *commis*, « *employés de toute espèce* ; EN UN MOT, TOUTE PERSONNE QUI « EXERCE UNE PROFESSION, ainsi qu'il est dit dans la loi, AURA « LE DROIT DE SE SERVIR DE LA NOUVELLE LÉGISLATION QUE « VOUS ALLEZ VOTER. »

C'est à la suite de cette déclaration formelle que le vote eut lieu !

Dès lors, il nous paraît superflu de discuter, comme aussi d'appuyer encore notre interprétation sur la circulaire adressée, le 25 août 1884, aux préfets, par M. le ministre de l'intérieur.

Reste le second point tranché par le jugement qui déclare que dùt-on admettre que les médecins puissent se constituer en syndicat, ils n'en auraient pas pour cela le droit d'ester en justice à ce titre.

Les juges de Domfront, prenant les termes de l'article 6 de la loi qui porte : « Les syndicats professionnels de *patrons et d'ouvriers*.. » en tirent cette conséquence que le législateur n'a concédé le droit d'ester en justice qu'à deux catégories déterminées de syndicats par exclusion de tous autres.

Est-ce admissible ? Le tribunal de Domfront a bien été obligé de reconnaître que la loi ne dit pas : auront *seuls* le droit d'ester en justice ; mais pourquoi, ajoute-t-il, si ce droit était général, la rédaction restrictive adoptée par le législateur ?

La rédaction du paragraphe premier de l'article 6 est mauvaise, il faut le reconnaître ; mais il s'agit de savoir si la formule employée est énonciative ou limitative, et pour le dé-

cider, c'est encore aux travaux préparatoires qu'il faut se reporter.

Or, dans le projet voté par la chambre des Députés, en 1881, le paragraphe 1er de l'article 4 était ainsi conçu : « Les fonda- « teurs de tout syndicat professionnel *qui voudra jouir des* « *droits définis dans l'article suivant* devront déposer les sta- « tuts, etc. » On reconnaissait donc deux sortes de syndicats : ceux qui ne jouissant à aucun titre de la personnalité civile n'auraient aucune formalité à remplir et ceux qui la possédant, auraient à déposer leurs statuts. Cette dualité n'a pas été admise, et finalement il ne fut reconnu qu'un seul genre de syndicat, soumis aux formalités de publicité et jouissant de la personnalité civile. Ce principe fondamental une fois posé, est venue en discussion la question du droit de fédération des syndicats régulièrement constitués, que le Sénat refusa d'abord d'admettre et qu'il ne reconnut, enfin, qu'après une longue résistance et plusieurs changements de rédaction, mais en refusant à ces unions toute portion de personnalité civile, malgré les efforts du rapporteur et du ministre de l'intérieur. C'était donc une exception qui était créée pour les unions de syndicats professionnels.

Mais pourquoi alors les mots de l'article 6 ? On se le demande, en effet. Les mots : « de *patrons et d'ouvriers* ne figuraient pas dans le projet primitif, pas plus que dans les projets successivement discutés, et ils ont été ajoutés par le premier rapporteur au Sénat, sans qu'il en ait donné de raison. Si cette adjonction pouvait avoir la portée restrictive que lui donne le jugement de Domfront, on ne s'expliquerait pas la déclaration si formelle que nous avons citée, précédemment faite par M. Tolain au moment même du vote ; et si un doute pouvait exister, c'est à la circulaire de M. le Ministre de l'Intérieur, dont nous avons parlé précédemment, qu'il faudrait demander de le faire disparaître, puisqu'on y trouve le passage suivant :

« La loi du 21 mars a réservé le privilège de la personnalité « civile aux syndicats professionnels par l'article 6. Grâce à lui, « le syndicat devient une personne juridique, d'une durée in- « définie....., et, par une faveur inusitée jusqu'à ce jour, ces « associations obtiennent cet avantage, non en vertu de con

« cessions individuelles, mais en vertu de la loi et par le seul « fait de leur création.

« ...... *La personnalité civile n'appartient qu'aux syndicats « régulièrement constitués. Elle est pour eux de droit com- « mun, et leur est acquise en l'absence de toute déclaration « spéciale de volonté dans les statuts.* »

Après cette citation, étant donnée l'autorité de laquelle elle émane, il ne nous paraît pas que la discussion soit possible.

En vain la décision que nous critiquons invoque-t-elle la jurisprudence, pour prétendre que toutes les fois qu'une intervention formée par une réunion de médecins a été admise par les tribunaux, ces médecins étaient désignés individuellement et nominativement, cette jurisprudence est antérieure à la loi du 21 mars 1884 et par suite n'est plus opposable ; aussi nous ne doutons pas que la cour de cassation, lorsqu'elle aura à apprécier les décisions du tribunal de Domfront et de la cour de Caen, ne les réforme et ne proclame le droit pour les médecins de se constituer en syndicats comme aussi d'ester en justice à ce titre.

G. Rocher,
Avocat à la Cour de Paris.

—

LA COUR DE CAEN ET LE SYNDICAT DES MÉDECINS DE DOMFRONT

Nous recevons communication des termes de l'arrêt rendu par la Cour de Caen, le 4 février 1885, et nous constatons avec plaisir, qu'en ce qui concerne l'interprétation de l'article 6 de la loi du 21 mars 1884, elle reconnaît que cet article est général et accorde à tous les syndicats régulièrement constitués le droit d'ester en justice ; elle déclare en conséquence que c'est à tort que le Tribunal s'est appuyé sur le dit article pour repousser l'action du syndicat des médecins de Domfront.

Néanmoins, la sentence des premiers juges est confirmée, la Cour déclarant adopter les autres motifs y énoncés, qui, d'après elle, justifieraient suffisamment la décision attaquée.

L'arrêt se termine par le considérant suivant :

« Qu'on peut ajouter que l'examen des Statuts de l'association « dont s'agit déposés à la mairie de Domfront le 11 novembre « dernier, et dont un exemplaire est sous les yeux de la Cour,

« démontre jusqu'à la dernière évidence que les médecins in-
« tervenants au procès n'ont eu, en s'associant, qu'un seul but :
« celui de fixer leurs honoraires suivant la gravité des cas et
« d'en poursuivre le recouvrement ;

« Attendu que le Tribunal de Domfront, se trouvant ainsi
« en présence d'un intérêt purement pécuniaire, a dû, à juste
« titre, déclarer les médecins appelants non recevables à invo-
« quer le bénéfice de la loi nouvelle. »

Nous avouons ne pas comprendre ce que la Cour a voulu dire dans ce dernier considérant.

Quel est le but des syndicats professionnels ?

Etudier et défendre les intérêts économiques, commerciaux, industriels et agricoles, dit la loi. Est-ce que, par hasard, et en admettant même que l'énonciation de la loi fût limitative — ce que nous contestons comme contraire à la pensée du législateur, ainsi que nous avons essayé de le démontrer dans notre précédent article, les intérêts pécuniaires ne rentreraient pas de plein droit dans les intérêts économiques et commerciaux ?

Nous ne croyons pas devoir nous arrêter à discuter ce motif nouveau (ajouté à ceux qui avaient servi de base à la décision) des premiers juges, le considérant comme encore moins soutenable, si c'est possible que les autres. Assurément ce n'est pas là ce qui, devant la Cour suprême, sauvera l'arrêt d'une cassation qui nous paraît certaine.

G. R.

REVUE CLINIQUE

—

DE L'ERGOTININE DANS LE TRAITEMENT DES VARICES

Par le Dr E. Le Menant des Chesnais (1).

Bien que l'action de l'ergot de seigle sur la contractilité des fibres lisses soit connue de tous les médecins, ce médicament est généralement peu employé en dehors des cas d'inertie de l'utérus, des hémorrhagies de cet organe, de celles des poumons ou du tube digestif. Aussi ai-je lu, avec un grand intérêt, il y a deux ans, la communication que le Dr Duboué, de

(1) Communication à la Société de Médecine Pratique : séance du 8 janvier 1885.

Pau, a faite à l'Académie de Médecine, et le mémoire qu'il a publié sur les résultats par lui obtenus au moyen du seigle ergoté donné d'une façon continue dans la fièvre typhoïde. Ces résultats semblent dus surtout à la présence du tissu musculaire à fibres lisses dans presque tous les organes de la vie végétative. Ce sont ces considérations et les suivantes qui m'ont amené à employer le seigle ergoté dans le traitement des varices.

Nous savons tous, en effet, que le tissu musculaire lisse existe dans toute l'étendue du système vasculaire, excepté aux deux points extrêmes, le cœur et les capillaires. On le trouve presque exclusivement dans la tunique moyenne, sous forme de fibres circulaires, irrégulièrement distribuées, suivant la grosseur des vaisseaux. Rares et peu développées dans les plus gros, ces fibres vont en augmentant à mesure que le calibre vasculaire diminue et de telle façon qu'elles deviennent le seul élément de la tunique moyenne des artérioles et des veinules.

Mais il est des vaisseaux qui, à calibre égal, sont plus riches que les autres en fibres contractiles ; c'est le cas des veines saphènes, dont la tunique moyenne a un développement supérieur à celle de la plupart des veines de même grosseur, à part les veines utérines les plus riches en ce tissu, et dans lesquelles on trouve des fibres lisses jusque dans la tunique interne.

Les saphènes ne sont pas seules à présenter cette particularité, mais nous ne voulons nous occuper aujourd'hui que de ces dernières.

Pour arriver au résultat le plus précis possible, nous avons eu recours, sauf dans un cas, à l'injection hypodermique. Depuis quelque temps déjà, nous nous servions de la solution d'Ergotinine Tanret, et nous en étions absolument satisfait à cause de l'innocuité de l'injection, de la rapidité et de la préeision de son action. C'est donc à l'aide de cette préparation que nous avons fait les premiers essais dont nous sommes heureux de vous apporter les résultats encourageants.

ici ces observations :

s. I. — M. L., coiffeur, atteint de varices aux deux jambes, p ait depuis longtemps des bas élastiques, quand il voulut, q ques mois avant ma visite, en cesser l'usage. Mal lui en

prit, car bientôt ses jambes s'engorgèrent au point qu'il lui fut impossible de remettre ses anciens bas : et comme il continua son métier, deux petites ulcérations se formèrent au tiers de la jambe droite, l'obligeant très fréquemment à garder le lit plusieurs jours.

C'est alors qu'il me consulta. Je lui fis quatre injections de cinq gouttes chacune à trois jours de distance les unes des autres, et en lui prescrivant pendant ce traitement un repos qu'il n'observa pas très régulièrement. Malgré cela, les ulcérations se guérirent assez promptement pour qu'il pût reprendre son métier au bout de trois semaines. Sa guérison se maintint, bien qu'il restât debout une bonne partie de ses journées ; ses jambes continuèrent même à diminuer de volume au point qu'il put bientôt porter des bas élastiques devenus trop étroits pour lui depuis trois ans. C'est le témoignage qu'il me rendait trois mois après. Il a depuis changé de domicile et je l'ai perdu de vue.

Obs. II.— Mme G., 34 ans. Pendant que je cautérise une ulcération du col, je remarque de la dilatation variqueuse de la saphène interne aux deux cuisses et de ses collatérales aux deux jambes. J'injecte cinq gouttes d'ergotinine au bas-ventre, sans dire à la malade le vrai motif de mon injection. Trois jours après, je la revois. Pendant la première journée elle a éprouvé, me dit-elle, de légères douleurs dans les membres inférieurs, moins fortes du côté gauche, qui est le plus variqueux. Ses jambes lui paraissent moins lourdes que de coutume, et elle croit, comme moi, que ses veines sont moins marquées. J'injecte alors cinq nouvelles gouttes. Cette fois, l'effet a été tout à fait remarquable. Pendant deux jours, la malade se sentait gênée en marchant comme si ses jambes se paralysaient, et ses varices avaient considérablement disparu. Cette gêne n'a pas persisté. Les varices ont reparu peu à peu ; mais quinze jours après, elles n'avaient certainement pas repris le volume qu'elles avaient avant la première injection.

Obs. III.— Mme A., forte, sanguine, 50 ans, diabétique ayant jusqu'à 45 grammes de sucre, est atteinte de varices anciennes de la jambe droite. Une petite écorchure a causé une ulcération qui ne se cicatrice pas. Le fond de la plaie est violacé, ainsi que la périphérie qui est empâtée et comme dépourvue de vi-

talité. Dès que la malade se lève, elle sent surtout dans cette jambe une extrême pesanteur avec sentiment de plénitude comme si la jambe allait éclater. Vu la répugnance de la malade pour les injections hypodermiques, je lui prescris du sirop d'ergotinine à la dose de cinq cuillerées à café par jour ; et quand je la revois six jours après, elle me déclare que dès le second jour le sentiment de pesanteur si incommode qu'elle ressentait, avait considérablement diminué, pour disparaître les jours suivants. La petite ulcération est guérie, l'empâtement a bien diminué, et même après la marche, la veine reste à un volume sensiblement moindre. Je remarque en même temps que les veinules dont la figure est parsemée sont bien moins apparentes.

Obs. IV.—Aurélie X., 22 ans, fille de campagne, est fortement développée. Elle est en service, et malgré son apparence de bonne santé, a été soignée par moi en 1883 pour des troubles dyspeptiques avec anémie. Dès cette époque, ses règles étaient peu abondantes, et douloureuses. Je la revois le 21 mars 1884. Elle me raconte que ses règles ont fini par ne plus venir du tout, malgré une amélioration dans sa santé générale. Depuis sept mois elle ne les a plus, et son sang, dit-elle, descend dans ses jambes.

Dès mes premières questions sur la possibilité d'une grossesse, d'autant plus admissible que le ventre paraît saillant, elle me répond qu'elle a toujours eu ce gros ventre, et que je lui avais fait la même remarque l'année passée : « Du reste ajoute-t-elle, si j'étais enceinte, je vous le dirais franchement, puisque je vous consulte, mais ayant toujours été sage je n'ai pas de crainte à ce sujet. »

L'expression de franchise qui accompagnait ses paroles, m'empêcha d'insister, et je me contentai d'examiner ses jambes.

Toutes deux présentent un état variqueux généralisé. Les veinules de la face dorsale du pied sont très apparentes ; la dilatation des branches collatérales de la saphène interne est considérable, et le tronc de cette veine forme lui-même au-dessus des genoux des sinuosités très marquées, surtout à gauche. Cette dilatation des veines, me dit la malade, remonte jusqu'aux grandes lèvres, et elle éprouve dans tout le bassin un

sentiment de plénitude pénible, et qui fort souvent lui fait croire que ses règles vont revenir. Elle n'a jamais souffert d'hémorrhoïdes. J'injecte cinq gouttes d'ergotinine au milieu de la cuisse gauche qui est la plus engorgée.

Deux ou trois minutes après, la malade, qui était debout, éprouve un vertige avec envie de vomir. Je l'engage à s'étendre sur le lit près duquel elle est. Le malaise disparaît presque aussitôt. Dans l'après-midi, elle éprouva seulement dans le membre injecté une sensation de gêne, et dans la nuit des crampes et du fourmillement.

Trois jours après, le 24 mars, les veines de ce membre et surtout celles de la cuisse me paraissent beaucoup moins apparentes que du côté opposé.

Depuis la piqûre, les deux membres inférieurs ont paru moins pesants à la malade, mais en revanche les gargouillements du ventre ont augmenté. Je lui fais une nouvelle injection de cinq gouttes au tiers inférieur et postérieur de la jambe, toujours du côté gauche. Je me servis cette fois d'une solution neuve, craignant que le vertige remarqué l'autre jour ne fût dû à ce que je portais l'autre dans ma poche depuis deux mois et qu'elle avait peu à peu jauni, tout en restant limpide.

J'eus soin aussi, avant de faire cette deuxième injection, de dégorger, à l'aide de frictions sèches ascendantes, tout le système veineux de la jambe. Le malaise de la première fois ne reparut pas.

Quatre jours plus tard, le 28 mars, la malade me dit que depuis la dernière injection ses jambes lui ont paru encore plus légères. Mais la veille elle a repassé toute la journée, et le soir la sensation de pesanteur avait reparu. La nuit l'a fait disparaître. La saphène interne de la cuisse gauche, qui au début était la plus dilatée, l'est bien moins aujourd'hui que son opposée. Quant aux veines des grandes lèvres, elles tendent plutôt à grossir, et la sensation de plénitude du ventre augmente et s'accompagne de fréquentes coliques.

J'injecte de nouveau huit gouttes, et toujours dans la même jambe, au milieu du mollet, au niveau d'un gros paquet variqueux qui semble formé par les veines profondes. Je fais cette fois les frictions ascendantes après l'injection.

2 avril. — La malade a saigné du nez, il y a deux jours, après

un léger mal de tête. Le ventre est bien plus douloureux depuis le commencement du traitement hypodermique. Quant aux membres inférieurs, le gauche, le seul injecté, jusqu'à présent, va de mieux en mieux, sauf le pied et la portion de la jambe située au-dessous des dernières piqûres, comme si l'action de l'ergotinine se produisait plutôt dans la direction du cours du sang veineux.

Le membre droit, au contraire, est toujours lourd. On trouve au-dessus du creux poplité, en arrière et en dedans, ainsi que dans la moitié supérieure du mollet, de gros paquets veineux durs et même douloureux. J'injecte encore huit gouttes d'ergotinine ; mais cette fois, dans le membre droit, au-dessous des paquets variqueux, et je prescris pour le lendemain 60 gr. de citrate de magnésie.

La purgation produit des selles abondantes et une diminution de la sensation de plénitude générale. Cette amélioration se maintient, bien que la malade ait eu beaucoup d'ouvrage, et un assez grand nombre de courses à faire. Seules les douleurs du bas-ventre persistent.

Vingt jours après, je revois la malade. Depuis quelques jours, ses jambes tendent à redevenir lourdes, mais elle m'affirme que depuis la piqûre à la jambe droite, cette dernière n'a jamais été aussi pesante qu'avant, et cela malgré un surcroît de fatigues dû à la présence d'invités de ses maîtres.

L'examen me permet de constater la persistance des nodosités variqueuses du membre droit, surtout au-dessus du creux poplité, mais la malade affirme que, malgré la présence de ces nodosités, la sensation de plénitude n'est plus la même et que l'injection lui a procuré un soulagement très notable. Quant au côté gauche qui a reçu les trois premières injections, les veines de la jambe ont continué à diminuer de volume, et celles de la cuisse sont bien moindres que du côté droit. Le ventre, au contraire, reste douloureux avec sensation d'excessive plénitude, douleurs de reins et peu d'appétit. Je prescris un bain alcalin et une nouvelle purgation.

21 avril.— La malade a éprouvé une sensation de grand soulagement du ventre pendant le bain, mais ce soulagement n'a pas persisté.

Le lendemain, elle a revomi la purgation. Les veines des

jambes continuent à rester moins dilatées qu'autrefois, mais la lassitude, l'inappétence, la sensation de pesanteur dans le bas-ventre se font de plus en plus sentir. Je prescris douze sangsues au bas des reins.

26 avril. — Les sangsues ont saigné abondamment pendant près de vingt-quatre heures. Aussi la malade, le lendemain, s'est senti le ventre bien dégagé. La journée suivante a même été excellente.

2 mai. — Ce mieux ne s'est pas maintenu, et bien que la dilatation des veines paraisse n'avoir pas augmenté depuis ma dernière visite, la malade se plaint toujours autant du ventre.

Elle est ordinairement d'un caractère très gai, mais aujourd'hui paraît préoccupée, et tout à coup m'avoue qu'elle est enceinte. Grande est ma surprise et en même temps ma frayeur en face du traitement que je lui ai fait suivre.

Je l'ausculte aussitôt, et constate avec satisfaction que l'enfant est absolument bien portant. Quelques jours après, elle rentra dans sa famille, et m'a donné dernièrement de ses nouvelles. L'accouchement a eu lieu le 9 août après quatre jours de fortes douleurs. Elle a eu un garçon très fort, et qui depuis se porte très bien.

Ce n'est qu'avec une extrême réserve que l'on peut tirer quelques conclusions d'un nombre si restreint d'observations.

Elles nous démontrent cependant :

1° L'action de l'injection d'ergotinine sur la contractilité des parois veineuses ;

2° La persistance de cette action pendant un certain temps.

L'emploi fréquent que je fais de ces injections dans d'autres cas pathologiques me permet d'ajouter que cette action persiste souvent au-delà de plusieurs semaines.

3° Nous en dirons autant de l'action bien locale de l'ergotinine que nous constatons surtout dans l'obs. IV.

4° Cette même observation nous montre aussi que les injections n'ont pas causé de troubles à la grossesse, ni à la santé de l'enfant.

5° Enfin, nous avons pu nous assurer, par l'usage fréquent de ces injections, qu'elles sont aussi peu douloureuses que les

injections de morphine, et n'exposent pas plus que ces dernières à des accidents locaux.

INJECTIONS INTRA-VEINEUSES D'EAU SALÉE DANS LE CHOLÉRA.

Par le Dr Bouveret, médecin des hôpitaux de Lyon.

Sept observations servent de base à ce travail : six fois les malades ont succombé ; un a guéri. L'effet produit par l'injection intra-veineuse ne fut absolument nul que dans un seul cas ; tous les autres malades ont éprouvé une amélioration. Dès que 200 ou 300 gr. ont pénétré dans la veine, la respiration devient plus ample, plus facile et plus calme. Le relèvement du pouls est un peu plus tardif; en même temps le visage se colore et s'anime. Plusieurs malades ont présenté une sueur abondante de la face, du tronc et des extrémités. La voix s'est presque toujours ranimée vers la fin de l'opération. Un seul malade a été pris de frisson. Le rétablissement de la sécrétion urinaire ne fut observé que chez le malade qui a guéri, et seulement huit à dix heures après la seconde injection.

Sur les sept malades, un n'éprouva aucune amélioration, cinq furent plus ou moins soulagés, un a complètement guéri. Tous étaient gravement atteints. Chez tous on avait noté la disparition complète ou à peu près complète du pouls radial. Chez quatre l'attaque avait été foudroyante. Chez un autre le début de l'attaque était moins récent. L'attaque était même terminée, mais le collapsus persistait et la réaction faisait défaut. Chez deux malades l'injection a été faite deux fois et la seconde injection n'a pas produit un aussi bon résultat que la première. L'analyse complète de ces cas fait présumer que l'âge avancé et la forme foudroyante de l'attaque rendent peu probable, peut-être même impossible, le succès des injections veineuses.

De tous les moyens employés jusqu'à ce jour pour combattre le collapsus qui persiste après l'attaque du choléra, aucun n'a donné des résultats aussi rapides et aussi manifestes que l'injection veineuse.

Le vase destiné à contenir le liquide à injecter est une éprouvette graduée contenant au moins un litre. Ce récipient est recouvert d'un obturateur percé de trois trous qui reçoivent un

thermomètre, un entonnoir et la branche interne du siphon. Le tube de caoutchouc qui fait siphon doit avoir une longueur d'un mètre et demi environ. Son extrémité libre est munie d'une canule de verre cylindro-conique, disposition qui assure mieux l'obturation complète de la veine.

Le récipient doit être placé dans un bain-marie, qui a pour but de maintenir le liquide à une température constante pendant toute la durée de l'opération. Comme le liquide se refroidit en traversant le tube, la température du récipient doit être maintenue à 43 degrés environ.

La solution saline qu'on veut injecter ayant été chauffée presque à ébullition, on la laisse refroidir jusqu'à 50 degrés environ. On la verse ensuite sur l'entonnoir recouvert d'un triple papier à filtrer. Le récipient doit être à 60 ou 80 cent. au-dessus du niveau du lit. La canule ayant été soigneusement lavée dans une solution phéniquée, on amorce le siphon et on laisse s'écouler une certaine quantité d'eau de façon à purger l'appareil d'air. Une pince de hausse placée sur le tube arrête l'écoulement du liquide jusqu'au moment où la canule pourra être introduite dans la veine.

Les veines du pli du coude, des côtés de l'avant-bras ou de plus petites même peuvent être choisies. L'incision verticale de la peau parallèle au tronc veineux est préférable à l'incision transversale. La veine découverte, on l'isole sur une très petite étendue, et l'on passe au-dessous d'elle une sonde cannelée très flexible, sur le cannelure de laquelle est passé un fil de soie ou de catgut. On laissera la sonde en place jusqu'après l'introduction de la canule. Un petit lambeau triangulaire est taillé dans la veine, saisi entre les mors d'une petite pince qui ne doit pas abondonner ce lambeau avant que la canule ait pénétré dans la veine.

La veine a toujours été trouvée remplie de sang et l'écoulement sanguin n'a jamais fait défaut : quelquefois même il a été abondant, mais il se fait en nappe. Le sang est toujours très foncé, brun noirâtre.

Alors on cesse de comprimer le tube de caoutchouc ; le liquide coule de nouveau. Dirigé sur la plaie, il la déterge et rend bien visible la petite incision faite à la paroi veineuse et par suite facilite l'introduction de la canule. La sonde cannelée est alors

retirée et le fil serré sur la canule par un nœud simple.

L'injection doit être lente : l'écoulement de 100 gr. dans les conditions annoncées dure à peu près deux minutes.

Aucun des malades n'a éprouvé de sensation particulière dans le bras opéré.

L'injection terminée, la canule est retirée. Il est préférable de lier la veine.

La composition de la solution a toujours été la suivante :

Eau 1,000 grammes.
Chlorure de sodium 5 grammes.
Carbonate de soude quelques centigrammes.

L'addition de médicaments à cette solution est discutable. Dans un cas où l'on avait ajouté un milligramme d'atropine, on n'obtint pas l'amélioration passagère notée chez les autres malades. La courte durée de l'amélioration notée dans toutes les observations prouve la nécessité de surveiller attentivement le malade après une première injection et de répéter l'opération une et même plusieurs fois si l'amélioration produite ne persiste pas. Cette remarque est de date ancienne.

Il faut injecter une notable quantité de liquide, sinon à chaque opération, du moins en totalité. On a été (Graigie, cité par Beaumetz) jusqu'à près de quatre litres en trois fois chez une femme enceinte de six mois. Cette femme avorta, mais elle guérit. M. Hayem a déjà montré (*Rev. des cours scientifiques*, juillet 1884) qu'on peut, sur des chiens, doubler la quantité du liquide en circulation sans compromettre sérieusement la santé de ces animaux. Une étude fort intéressante de la physiologie pathologique du choléra termine ce mémoire. (*Lyon méd.*, Nos 45, 46, 47. 1884.)

D'autres documents (Durainthy, *Bull. gén. de thérapeutique*, septembre 1884) ont été publiés sur ce mode de traitement. Nous savons, d'autre part, qu'il a été employé sur une assez vaste échelle par le prof. Hayem. C'est seulement quand tous ces documents auront été publiés qu'il sera possible d'établir d'une façon utile et exacte la valeur des injections intra-veineuses dans le traitement du choléra. R. C.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Considérations sur l'extirpation du goitre et ses conséquences cliniques, par E. Bottini. — L'auteur a pratiqué 52 fois cette périlleuse opération avec 44 succès. Ce sont ses impressions personnelles qu'il soumet au lecteur, en faisant la critique des différents procédés qui ont cours dans la science.

La thyroïdectomie est une opération qui ne doit être entreprise que par nécessité absolue et que le chirurgien doit s'efforcer de pratiquer le plus prestement possible, le succès étant d'autant meilleur que la perte de sang subie par le patient est moindre. Mais si le *cito* est nécessaire, cela ne doit pas empêcher le *tuto* et le *jucundè*, et, pour y arriver, il est de toute nécessité d'avoir une connaissance exacte de la région où l'on opère et de procéder avec méthode dans les différents temps de l'exécution.

M. le professeur Bottini, malgré l'autorité de Billroth, n'est pas partisan quand même de la trachéotomie préliminaire, et n'a recours à cette extrémité que dans les cas graves de sténose laryngo-trachéale. La forme, la direction, l'étendue de l'incision ont une grande importance à ses yeux ; pour les néoplasmes de petite dimension, une seule incision médiane parallèle à la direction du sterno-cléido-mastoïdien est le meilleur procédé. Pour les bronchocèles volumineuses ou doubles, une incision en forme d'S lui semble très efficace. Celle-ci doit commencer en haut, sur le bord interne d'un des muscles sterno-mastoïdiens, et finir en bas, sur le côté interne du muscle opposé.

Il s'agit ensuite d'isoler la tumeur. L'auteur recommande de commencer la dissection par en bas, malgré l'autorité de Kocher (de Berlin), qui recommande le contraire, et cela à cause de l'engorgement du sang, qui devient de moins en moins gênant en vertu de la déclivité, au fur et à mesure qu'on s'élève vers la partie supérieure du néoplasme.

Le goître isolé, et la position de la trachée reconnue, on doit

placer au pôle inférieur de la tumeur une double ligature qui comprend ainsi l'artère et la veine thyroïdiennes inférieures. La tumeur est alors séparée par un coup de ciseaux, puis délicatement détachée de ses adhérences trachéales. Une autre ligature est faite au pôle supérieur ; elle enlace l'artère et la veine thyroïdiennes supérieures. On renverse alors la tumeur, et l'on achève de la détacher, avec le bout d'une sonde, de ses derniers liens de tissu conjonctif.

On répète de l'autre côté la même manœuvre, si le goître est bilobé, en ayant soin de s'attacher à enlever toutes les parties hypertrophiées de la glande thyroïde, et même toutes celles qui sont ou qui paraissent encore saines, car les récidives ne sont pas rares lorsque l'on agit différemment.

Les sutures nécessaires sont ensuite pratiquées, s'il y a lieu, avec le plus grand soin, et la plaie, dans laquelle est placé un gros tube à drainage, est réunie par quelques points de suture, afin d'éviter la septicémie, que l'auteur attribue à la forme de l'excavation qu'occupait le néoplasme, et qui, bien souvent, pénètre jusque dans le médiastin ; il recommande les insufflations, deux fois le jour, de poudre antiseptique et la précaution de remplir le vide avec du coton hydrophile.

Parmi les conséquences de l'extirpation du goître, l'auteur a observé une série de phénomènes non encore décrits par les classiques. Ainsi, trois ou quatre jours après l'opération chez les sujets jeunes et du sexe féminin, le chirurgien de Pavie a constaté une contraction spasmodique des muscles fléchisseurs, des articulations thoraciques des deux côtés, sorte de tétanie s'étendant parfois aux muscles de la région latérale du cou. Souvent aussi des douleurs se sont montrées aux mains et dans les avant-bras et ont fait souffrir davantage les malades que la blessure elle-même ; le tout, du reste, disparaissait au bout de quelques jours. (*Medicina contemporanea* et *Union médicale*, 12 février 1885.)

Traitement des fistules parotidiennes par les injections graisseuses. — M. Daniel Mollière expose un procédé simple de traitement des fistules parotidiennes, dont la cure par les nombreux procédés chirurgicaux qui ont été imaginés reste cependant incertaine. On trouve dans ces fistules

deux variétés : celles qui font communiquer le canal de Sténon avec l'extérieur ; celles qui font communiquer une des ramifications du canal de Sténon avec l'extérieur ; les premières sont les fistules du canal proprement dites, les secondes les fistules parotidiennes.

Chez la première malade opérée par M. Mollière, les deux variétés de fistules existaient. Aussi commença-t-il par traiter la fistule du canal par le cathétérisme longtemps prolongé de la partie extérieure de ce conduit, et lorsque, par ce moyen, la perméabilité fut assurée, le cours de la salive se rétablit. Toutefois, il restait une petite fistule ne correspondant évidemment qu'à un lobule de la glande. Après divers essais, M. Mollière eut l'idée de détruire le lobule parotidien correspondant au canalicule fistuleux, et dans ce but il introduisit dans l'orifice de la fistule une canule très fine et injecta dans la glande un demi-centimètre cube d'huile phéniquée. On sait, en effet, que pour amener l'atrophie des glandes annexées au tube digestif et étudier par élimination leur fonction physiologique sans infliger aux animaux un traumatisme considérable, Cl. Bernard employa souvent ce procédé. Il réussit parfaitement bien ici ; toutefois, il fallut renouveler une fois l'opération.

M. Mollière a appliqué ce même procédé avec succès dans un autre cas : il conclut donc en proposant pour le traitement des fistules du canal de Sténon le débridement de son orifice intrabuccal et son cathétérisme quotidien ; pour le traitement des fistules canaliculaires de la parotide, les injections graisseuses atrophiantes qui ne font disparaître que le lobule parotidien correspondant à la fistule. (*Lyon médical*)

Le chlorhydrate de cocaïne dans la chirurgie oculaire, par M. Deneffe. — L'auteur expose les recherches qu'il a faites à la clinique ophtalmologique de l'université de Gand, et que l'on peut résumer comme suit.

Il s'est servi d'une solution de 5 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne par gramme d'eau. De 5 en 5 minutes, il en a versé une goutte dans l'œil du patient qu'il allait opérer de la cataracte par extraction. Au bout de dix minutes, l'anesthésie de la conjonctive et de la cornée commençait ; en vingt minutes, elle était complète. L'opération fut pratiquée et le malade

n'éprouva aucune souffrance. Au moment où l'iris fut saisi et coupé, le patient le sentit. L'anesthésie atteint la conjonctive palpébrale et oculaire ainsi que la cornée, mais elle ne va pas jusqu'aux parties internes et profondes. L'opération faite, le malade pansé, il déclara qu'il ne sentait rien ; que l'œil opéré lui paraissait dans le même état que l'autre.

Un autre patient de la clinique et deux étudiants en médecin furent soumis à l'action du chlorhydrate de cocaïne, un seul œil fut mis en expérience ; on comparait facilement ce qui se passait dans celui-ci avec ce qui existait dans l'autre. Dans ces trois cas, l'anesthésie se développa peu à peu et fut complète en vingt minutes environ. L'insensibilité persista à peu près pendant le même laps de temps.

Le chlorhydrate de cocaïne, dit M. Deneffe, est également mydriatique. La mydriase commence alors que l'anesthésie a eu le temps de se compléter, une demi-heure environ, après le début de l'expérience. Trois-quarts d'heure après sa production, la dilatation pupillaire diminue déjà d'une façon très appréciable. En quelques heures, elle a disparu. La mydriase ne s'accompagne pas de paralysie de l'accommodation. La cocaïne a donc une grande supériorité sur les autres mydriatiques, dont l'action sur la pupille et le muscle accommodateur dure plusieurs jours.

M. Deneffe conclut en disant que nous possédons maintenant un anesthésique local précieux pour la chirurgie oculaire et en même temps un mydriatique qui présente, au point de vue des recherches ophtalmoscopiques, une supériorité marquée sur tous ceux que l'on a employés jusqu'à présent.

La solution de cocaïne, ajoute M. Deneffe, versée dans l'œil, n'y provoque aucune gêne, aucune réaction ; cet organe reste blanc. — (*Académie de Médecine de Belgique*, nov. 1884.)

De l'ongle chirurgical : ses applications en chirurgie. — M. Motais, (d'Angers,) a présenté *au Congrès de Blois* n petit instrument en laiton composé d'une plaque métallique qui a la forme de l'ongle qu'il recouvre, et d'un anneau ans lequel le doigt s'engage. L'auteur s'en est servi pour déchirer des ganglions de l'aisselle dans plusieurs cas de cancer u sein ; ce petit instrument peut remplir également le rôle de

rugine et décoller le périoste des os ; il peut aussi servir à gratter la cavité utérine pour enlever des polypes utérins. Ce petit instrument est une modification de celui d'Amussat, qui dépassait l'ongle d'une façon notable, tandis que celui-ci arrive au niveau de l'extrémité de l'ongle. L'auteur espère qu'en raison même de son extrême simplicité cet instrument sera adopté et qu'il rendra de véritables services.

OBSTÉTRIQUE — GYNÉCOLOGIE — PÉDIATRIE

De l'intervention dans les maladies génitales de la femme, par Lawson Tait. — Voici quelques-uns des principes actuels non de la thérapeutique gynécologique anglaise, mais de la thérapeutique d'un gynécologue de Birmingham ; Lawson Tait :

Une femme se présente affligée d'une tumeur abdominale, le diagnostic est-il difficile par les moyens ordinaires ? Ne peut-on savoir si l'on a affaire à une grossesse, à une tumeur ovarienne ou périovarienne de nature bénigne ou maligne ? Il faut prendre le bistouri, aller faire le diagnostic à son aide et en même temps la thérapeutique, s'il y a lieu !

Abandonner une femme sur laquelle on a des doutes, la sacrifier parce qu'on est perplexe sur le diagnostic, est un crime chirurgical.

La ponction exploratrice, cette grande ressource des esprits timides, doit être rejetée à moins qu'on n'ait constaté d'une façon certaine la nature maligne de la tumeur. La ponction exploratrice est coupable d'un grand nombre d'insuccès chirurgicaux. En effet, enlève-t-on à l'aide du trocart aspirateur un liquide fortement albumineux, sous peu il sera reproduit : c'est autant d'albumine soustraite au sang ; aussi n'est-il pas étonnant de voir le sang ainsi appauvri, privé en partie d'un de ses éléments principaux, se coaguler facilement. La plupart des femmes ponctionnées qui meurent après l'opération succombent à une embolie.

La ponction est moins dangereuse dans les cas où le liquide du kyste ne contient pas d'albumine.

Plus une tumeur ovarique est opérée de bonne heure, plus les chances de guérison sont nombreuses.

Il existe deux variétés de papillomes du péritoine : l'un ma-

lin, l'autre bénin : ce dernier peut guérir simplement par l'ouverture de la cavité péritonéale et le drainage.

La castration de la femme est une excellente opération, mais qu'il ne faut faire qu'à bon escient. La mélancolie aiguë peut quelquefois être le résultat de cette opération ; chez les aliénées, l'état mental est le plus souvent aggravé par la castration.

La castration est une précieuse ressource dans certains cas de myomes utérins s'accompagnant de métrorrhagies abondantes. Enlevez les ovaires, et tous les accidents cessent. Le chirurgien doit néanmoins ne jamais oublier que la ménopause est le meilleur remède pour les fibromes utérins. Toute femme atteinte de cette maladie, qui peut arriver à cette époque, est sauvée. Malheureusement, il est des cas graves où cette expectative n'est pas permise. Le chirurgien doit aussi savoir que certains fibromes, par exception, résistent à l'influence salutaire de la ménopause ; loin de diminuer, ils continuent à augmenter et ramènent bientôt les écoulements sanguins. L'intervention doit être pratiquée dans ces cas, et si la castration ne peut suffire, il faudra avoir recours à l'hystérectomie. (*Phil. Med. times* et *Bulletin de Thérapeutique*, 30 janvier 1885.)

De la cocaïne comme agent d'anesthésie locale de la muqueuse des organes génitaux, par le Dr L. Fraenkel, de Breslau. — Nous avons signalé l'an dernier les applications qui viennent d'être faites des propriétés anesthésiantes de la cocaïne au traitement des maladies des yeux, du larynx et du pharynx. M. Fraenkel a constaté depuis que la cocaïne exerce également son action analgésiante locale sur la muqueuse des organes génitaux, à condition qu'on emploie une solution de cocaïne suffisamment concentrée, c'est-à-dire au 1/5 (20 p. 0/0). M. Fraenkel, pour ses expériences d'anesthésie de la muqueuse génitale, s'est arrêté après quelques tâtonnements à une solution dont voici la formule :

Chlorhydrate de cocaïne........ 1 partie.
Eau distillée....................... 3 —
Alcool rectifié...................... 2 —

M. S. A. Éviter de filtrer la solution ou d'y adjoindre des acides.

Toutes les une et demie, deux ou trois minutes, un badigeonnage énergique était fait sur la surface à anesthésier ; le nombre de ces badigeonnages s'élevait à trois ou quatre, suivant la susceptibilité individuelle du sujet. Il faut avoir soin de bien déterger la muqueuse avant l'application du topique.

Des résultats obtenus, l'auteur conclut que les propriétés anesthésiantes et analgésiantes de la cocaïne peuvent être utilisées : avant les cautérisations intenses des muqueuses vulvaire et vaginale, par exemple, dans les cas de vulvite et vaginite blennorrhagiques traités par les cautérisations au nitrate d'argent ou au sublimé ; avant l'ablation de végétations, de condylomes pointus, de caroncules de l'urètre ; chez les sujets très impressionnables, avant les émissions sanguines locales ou avant les cautérisations du col ; dans les cas de vaginisme temporaire, pour faciliter l'introduction d'un dilatateur vaginal, au besoin aussi pour faciliter les rapports conjugaux ; dans les cas de fissures à l'anus, pour permettre de pratiquer la dilatation forcée sans le secours du chloroforme, et pour prévenir les douleurs causées par la défécation. (*Paris médical.*)

FORMULAIRE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

—

Remède contre la diarrhée des enfants (Colvis).

Prenez deux cuillerées à bouche de riz, faites-le griller comme du café en le remuant constamment avec une cuillère ; lorsqu'il a pris une couleur acajou, jetez-le dans un bol, versez dessus la valeur d'un verre d'eau bouillante, laissez infuser, puis macérer jusqu'à refroidissement.

Vingt minutes avant chaque tétée, administrer à l'enfant une cuillerée à entremets de cette infusion de riz grillé, pour faire cesser la diarrhée. Ce remède très simple a donné à l'auteur de bons résultats, alors que des médicaments plus actifs avaient échoué.

—

De la quinoline comme antiseptique

(Dr Otto Siefer, de Wurzbourg).

On sait que la quinoline est un dérivé du goudron de houille voisin de la kairine.

D'après le docteur Otto, cette substance possède des propriétés antiseptiques supérieures à celles des acides phénique, salicylique, borique, etc. On l'emploie à l'intérieur en badigeonnages plus ou moins répétés, suivant la gravité des cas (deux fois par jour ou tou-

tes les trois heures). On la mêle aux liquides suivants :

Quinoline		5 gr.
Eau	} àâ 10 —	
Alcool		

On y joint un gargarisme analogue et des injections dans les fosses nasales quand il y a du coryza diphthérique.

—

Gargarisme contre la diphthérie (Atkinson).

Acide borique pulv.	1 gr. à 1.50
Glycérine pure	30 —
Infusion de roses rouges	200 —

F. S. A. : Une solution, qu'on emploie comme gargarisme ou qu'on applique au moyen d'un pinceau pour combattre la diphthérie.

A l'intérieur on prescrit les préparations de fer et on donne comme aliment du bouillon, du lait et du vin généreux.

—

Leucorrhée fétide

(*Thérap., Gazette hebdomadaire*).

Faire des injections vaginales composées de la manière suivante :

Eau chaude	1 litre.

On y fera dissoudre deux ou trois cuillerées à bouche d'une mixture dont voici la formule :

Chlorate de potasse	13 parties.
Vin d'opium	10 —
Eau de goudron	300 —
Vinaigre blanc	300 —
Teinture d'eucalyptus	45 —
Acide salicylique	1 —
Salicylate de soude	20 —

Mêlez. Deux ou trois injections ar jour.

—

Eczéma des parties génitales

Chlorate de potasse	1 gr. 50
Vin d'opium	2 — 50
Eau pure	1 litre.

M. S. A. : On appliquera sur les parties génitales une compresse trempée dans cette solution.

Quand il y a un certain degré d'inflammation des parties génitales, cette application devra être précédée d'un bain de siège chaud, ou de l'application de cataplasmes saupoudrés de carbonate de chaux.

—

Prurit rebelle des parties génitales compliqué de leuchorrhée.

Faire prendre aux femmes, dans une grande quantité d'eau de goudron chaud (un litre), matin et soir, une cuillerée à thé d'une mixture contenant parties égales d'iodure de potassium et de teinture d'iode.

Ce traitement fait cesser le prurit et diminue la leucorrhée.

Stanislas Martin.

—

Sur un nouveau mode d'emploi du bromure et de l'iodure de potassium.

Tous les médecins ont eu à lutter contre la répugnance qu'éprouvent un grand nombre de malades chez lesquels les bromure et iodure de potassium sont impérieusement indiqués. Les épileptiques, par exemple, qui doivent ingérer chaque jour des doses énormes de bromure, résistent souvent au traitement à cause des troubles gastriques qu'ils déterminent. On peut en dire antant de certains syphilitiques qui préfèrent rester sous l'influence de leur diathèse plutôt que

de prendre l'iodure pour lequel ils ont une répugnance invincible. Les femmes surtout ont toutes les peines du monde à se soumettre au traitement bromuré qui leur est si souvent indispensable.

Il est vrai qu'un grand nombre de préparations ont été offertes au public médical, contenant, sous forme de sirop, le médicament assez exactement dosé; mais outre le goût nauséabond et sirupeux qui déplaît toujours aux malades, nous avons remarqué que l'exactitude de la dose variait selon que le patient emplissait plus ou moins la cuiller. En somme, aucun produit n'avait donné satisfaction aux médecins et aux malades lorsqu'un pharmacien déjà connu par de nombreux travaux, M. Poisson, eut l'heureuse idée d'unir à du chocolat d'excellente qualité le bromure et l'iodure de potassium. Il a donné à ces préparations la forme de pastilles et chacune de ces pastilles contient 0,25 centigr. de l'un ou l'autre de ces sels de potassium. Aisées à prendre même par les plus délicats, ces pastilles, dont la conservation est indéfinie, grâce au beurre de cacao qu'elles renferment, facilitent l'absorption du médicament et préviennent son action fâcheuse sur l'estomac et désagréable pour la muqueuse buccale.

Cette opinion, nous ne la formulons qu'après avoir essayé un grand nombre de fois ces pastilles sur des patients qui s'étaient refusé ou avaient renoncé à l'emplo des sels de potassium sous toutes les formes qui jusqu'alors leur avaient été prescrites.

Faire connaître les pastilles de L. Poisson à la profession médicale, c'est mettre entre ses mains une arme nouvelle contre des maladies à la foi redoutables et fréquentes. C'est pourquoi nous avons cru devoir publier cette note.

VARIÉTÉS

Distinctions honorifiques. — Nous apprenons avec plaisir que M. le Dr *Laissus*, médecin inspecteur des eaux de Salins-Moutiers, vient d'être nommé chevalier de la couronne d'Italie.

Héroïsme de deux médecins. — Sous ce titre on lit, dans la *Gazette médicale de Paris*, les récits suivants qui font le plus grand honneur au corps médical espagnol. Segundo Mauterola, médecin d'un vapeur qui venait de sombrer sur les côtes de Galice, au moment d'entrer dans le canot de sauvetage, cède sa place à un des passagers restés sur le vaisseau, puis se livre à la merci des flots. Il surnagea quelque temps, et on put le voir calme, d'une sérénité admirable, en attendant la mort. — G.-F. Valdès était également dans une embarcation naufragée. Il y a un seul espoir de salut, il consiste à amener un câble jusqu'à terre. Les premiers qui s'y sont essayés se sont noyés. Valdès sollicite instamment la permission de recommencer l'entreprise ; autorisé, il se jette à la nage et a le bonheur de réussir, sauvant d'une mort certaine les 170 hommes qui étaient sur le vapeur.



REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 février 1885. — Présidence de M. J. Bergeron.

Traitement chirurgical du varicocèle. — Il y a trois ans, M. Horteloup fut amené à faire, pour la première fois, une opération pour un varicocèle très long (19 centimètres) et très douloureux, empêchant tout travail. Sur le conseil de M. Tillaux, il fit la résection d'une portion du scrotum de chaque côté. Il se servit d'une pince courbe, formant un clamp constitué par deux lames concentriques, qui empêchent le glissement de la peau. Il faut comprendre dans la section le faisceau veineux funiculaire ; ce faisceau, contrairement à l'opinion générale, est surtout variqueux. La pince étant encore en place, on fait des sutures profondes. Il faut 12 ou 13 fils d'argent espacés de 6 millimètres pour amener cette suture profonde à l'entre-croisement des lèvres de la plaie. Comme pansement, M. Horteloup emploie surtout la charpie trempée dans l'huile phéniquée. Il n'a pas eu de cas de mort, et seulement trois cas d'hémorrhagie dans le scrotum, accident sans aucune conséquence d'ailleurs.

Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° Les nouveaux modes de pansement antiseptique ne permettent plus de refuser une opération pour des varicocèles douloureux et pour des varicocèles dont le poids et la longueur troublent l'existence.

2° La résection du scrotum et du faisceau veineux funiculaire est une opération inoffensive.

3° Elle ne fait pas redouter l'atrophie du testicule et semble donner un accroissement des forces génitales.

4° Elle donne au point de vue de la prothèse chirurgicale d'excellents résultats.

5° Elle fait disparaître les douleurs et elle supprime la gêne et la pesanteur.

6° Elle amène une diminution notable des veines variqueuses spermatiques. (Comm. : MM. Trélat, Legouest, Guyon.)

Uranoplastie. Présentation de malade. — M. Trélat présente un nouveau malade qu'il a opéré il y a 11 ans, et insiste sur le résultat phonétique qui est parfait.

L'érysipèle et la méthode antiseptique. — M. Verneuil. En 1862, 1863, 1864, dans les salles que M. Verneuil a actuellement à la Pitié, M. Gosselin a eu 133 cas d'érysipèle avec une mortalité considérable.

Dans une seconde série bien meilleure de M. Gosselin, il n'y eut que 33 cas, avec une mortalité beaucoup moindre.

Pendant trois ans, le relevé des érysipèles dans les salles de M. Verneuil fut fait d'une façon très exacte. Il ne prenait dans les opérations aucune mesure préventive et cependant les érysipèles devinrent de plus en plus rares. Il reconnaît que le meilleur moyen de prévenir l'érysipèle est de pratiquer les pansements antiseptiques.

L'érysipèle des hôpitaux a deux origines, l'une extérieure et l'autre intérieure. Pour faire disparaître l'érysipèle, il faudrait

faire cesser ces deux foyers ; on n'a de prise que sur les cas survenus à l'intérieur.

M. Verneuil propose, en terminant, les conclusions suivantes : L'érysipèle est une maladie mésologique, infectieuse, contagieuse, auto inoculable, qu'il sera difficile de supprimer de longtemps encore ;

2° Dans nos grands centres, l'érysipèle, essentiellement endémique, s'alimente à deux sources distinctes, l'une extérieure, la ville ; l'autre intérieure, l'hôpital, qui s'empoisonnent réciproquement ;

3° On n'a guère de prise directe sur l'épidémie de la ville, ni sur les cas sporadiques de l'intérieur ; néanmoins on est beaucoup plus puissant dans le foyer nosocomial. Là, on peut prévenir dans une large mesure l'apparition et l'extension du mal par des précautions minutieuses contre l'auto-inoculation, par les pansements antiseptiques, par l'isolement, s'il est praticable, et, à son défaut, par la création, autour du malade, d'une atmosphère circonscrite antiseptique ;

4° La diminution de l'érysipèle dans les salles de chirurgie n'a pas seulement pour conséquence l'assainissement de ces salles, elle entraîne l'assainissement de l'hôpital tout entier et de tout le quartier tributaire de cet hôpital, assainissement péremptoirement démontré par la diminution considérable des érysipélateux venus du dehors ;

5° Si les ressources prophylactiques et curatrices, dont la science a démontré l'efficacité, étaient rigoureusement et généralement appliquées en ville et à l'hôpital, on pourrait espérer que l'érysipèle deviendrait rare comme la pyohémie et peut-être disparaîtrait comme la pourriture d'hôpital.

M. Gosselin. La question principale soulevée par M. Verneuil ne peut donner lieu ni à la contradiction, ni à une longue discussion. M. Gosselin a relevé toutes ses feuilles d'hôpital de 1874 au 31 août 1882, époque où sa santé l'a obligé à quitter son service.

Pendant ces huit années, il a constaté 86 érysipèles avec 23 morts, 38 se sont développés dans les salles mêmes, alors que les pansements n'étaient pas suffisamment antiseptiques ; il faut, en effet, pour que l'action antiseptique soit suffisante, de l'acide phénique au 20e ou de l'alcool pur à 86° ou de l'alcool camphré.

Sur 34 érysipèles opératoires, en laissant de côté les amputations du sein, le plus souvent les pansements antiseptiques n'avaient pas été employés ou ne l'avaient été que d'une manière insuffisante.

C'est surtout dans l'ablation du sein avec le bistouri que le pansement antiseptique a manifesté son influence. Sur 30 cas d'ablation du sein au bistouri, il a eu un seul érysipèle qui s'est terminé par la guérison.

M. Panas est convaincu de l'immense progrès fait depuis l'introduction des méthodes antiseptiques, spécialement dans la prévention de l'érysipèle.

M. Le Fort pense que loin d'empêcher l'érysipèle, les antiseptiques, comme l'acide phénique, paraîtraient plutôt le provoquer.

Quand il était chirurgien de l'hôpital Cochin, M. Le Fort se servait pour ses pansements d'alcool camphré dans la salle des hommes et d'alcool pur dans la salle des femmes, cela uniquement

parce qu'il se défiait des infirmiers très capables de boire l'alcool. Eh bien, dans la salle des hommes, pendant ces trois ans, il n'y eut qu'un seul cas d'érysipèle, il y en eut beaucoup plus à la salle des femmes.

M. Trélat pense que la substitution des pansements antiseptiques, envisagés d'une manière générale, a déterminé une diminution considérable des érysipèles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 *février* 1885. — *Présidence de* M. Duplay.

Taille hypogastrique. Suture de la vessie, par M. Zancarol (d'Alexandrie). — En avril 1882, il a essayé dans une taille hypogastrique de faire la suture de la vessie ; mais à cause de la profondeur de la vessie qui n'était pas soulevée par le ballon rectal, il dut y renoncer.

Le 20 septembre dernier, grâce à un bon ballon rectal, il a pu faire facilement la suture, et c'est ce résultat qu'il publie.

Arabe de 45 ans. Douleurs depuis deux ans, deux calculs vésicaux ; œufs de distoma hæmatobium dans l'urine ; oligurie. L'opération fut faite d'après le manuel opératoire ordinaire : ballon rectal ; distension vésicale. Incision de la paroi abdominale de 7 centimètres ; incision de 5 centimètres de la vessie.

Deux calculs furent trouvés et extraits : l'un pesait 45 grammes et l'autre était tout petit.

Suture de l'incision à deux étages : trois points de suture profonde, quatre points de suture superficielle.

Distension nouvelle de la vessie pour bien s'assurer que les sutures tiennent.

Suture de la paroi abdominale au fil d'argent ; drain à l'extrémité inférieure de l'incision.

Pansement au sérum d'agneau avec 1 gramme 0/0 de sublimé. Sonde à demeure.

Le troisième jour on retire la sonde.

On enlève les points de suture quatre jours après l'opération ; le lendemain on enlève le drain.

Le septième jour le malade est tout à fait guéri.

Ce fait engage l'auteur à préconiser la suture de la vessie, qui a été faite par Bergmann dix fois de suite avec succès.

Contribution à l'étude du chancre palpébral, par M. Baudry, de Lille. **Rapport.** -- M. Le Dentu. Travail basé sur deux observations chez des enfants. Le mode d'inoculation est le suivant : les deux enfants avaient de la blépharo-conjonctivite ; des personnes qui les soignaient ont détaché les croûtes avec le doigt enduit de salive. Chacune de ces personnes était syphilitique.

Ostéomyélite avec fracture spontanée, par M. Humbert. — **Rapport.** — M. Terrillon. Garçon de 19 ans, dont voici l'histoire. Vers la fin de mars 1883, lassitude, lenteur et difficulté dans la marche. Huit jours après, fièvre vive, délire ; en même temps, gonflement au-dessus du genou. Après trois semaines il put se lever, mais il dut reprendre le lit quelque temps après.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, on constate une tumeur englobant toute l'extrémité inférieure du fémur, de consistance égale, sauf dans un point plus saillant qui est fluctuant. On constate en même temps une fracture spontanée. Engorgement ganglionnaire dans l'aine et la fosse iliaque. On porte le diagnostic ostéosarcome. L'état général était mauvais et comme cachectique. Quelques jours après, au point culminant, se fait une ouverture par laquelle s'écoule de la sérosité jaunâtre.

Au mois d'août le malade a de la fièvre. Une collection purulente se forme à la partie externe ; elle est ouverte et donne issue à du pus bien lié. Pas de dénudation osseuse.

Vers la fin de septembre la tumeur avait pris une consistance plus dure et la fracture s'était consolidée.

En octobre le malade a repris de l'embonpoint et une bonne santé. M. Humbert l'a depuis perdu de vue. J'ajouterai que les membres d'un jury de concours avaient vu le malade et avaient tous porté le diagnostic d'ostéosarcome avec fracture spontanée.

M. Humbert se demande si ce n'est pas une erreur de diagnostic et si ce n'est pas là une ostéomyélite. C'est sur cette consolidation de la fracture qu'il se base pour repousser l'idée de l'ostéosarcome.

Cependant, le rapporteur croit que la fracture spontanée d'un ostéosarcome peut se consolider : il cite les faits tirés de la thèse d'agrégation de Schwarz, de sa pratique particulière, et l'opinion de M. Terrier.

M. Verneuil demanderait à avoir des renseignements sur le malade. La consolidation d'une fracture spontanée dans un ostéosarcome est tellement rare que M. Humbert a cru pouvoir admettre une autre hypothèse : celle de l'ostéomyélite. Pour son compte il est disposé à en admettre une autre : celle d'un kyste hydatique de l'os.

M. Desprès. Le malade qui fait le sujet de l'observation de M. Humbert a été vu par les membres du jury, et je dois dire que le diagnostic d'ostéosarcome n'avait été accepté qu'avec des réserves.

M. Le Dentu. La consolidation dans les fractures néoplasiques est exceptionnelle, aussi je donne le fait suivant pour ce qu'il vaut.

J'ai vu en 1877, à l'hôpital Saint-Antoine, une jeune fille de 17 ans qui, en marchant, avait senti dans la cuisse un craquement à la suite duquel elle était tombée. On l'amène dans mon service et je la vois le lendemain. Il existait au niveau de l'extrémité supérieure du fémur, une tumeur dure, qu'on sentait facilement, car la jeune fille était maigre ; je constatai très nettement une fracture spontanée : je diagnostiquai un ostéosarcome avec fracture spontanée. Le même diagnostic fut fait par d'autres chirurgiens. J'agitai la question de la désarticulation de la cuisse, et j'observais cette malade, quand au bout d'un mois au plus je constatai que cette fracture était consolidée.

M. Trélat. Les faits de cet ordre ne peuvent avoir de valeur que quand les observations sont complètes. L'observation de M. Humbert demanderait à être complétée.

M. Gillette a observé un cas analogue à ceux signalés par

M. Després : c'était un homme de 67 ans, qui entra avec une fracture spontanée au milieu d'une grosse tumeur. Je fis le diagnostic de fracture spontanée néoplasique ; la consolidation était complète après cinq semaines Je voulus parachever la guérison en appliquant un appareil silicaté. Sous l'influence des tractions faites par les aides, la fracture se reproduisit.

M. Duplay. Je demande, comme M. Verneuil, à ce qu'on attire l'attention sur les fractures spontanées par kyste hydatique. J'ai observé pendant longtemps une malade dont le fémur avait été fracturé plusieurs fois. Toutes ces fractures s'étaient consolidées. A la fin cette consolidation n'était plus possible. Je lui ai désarticulé la cuisse, et j'ai constaté que tout le squelette du fémur avait été dévoré en quelque sorte par un kyste hydatique qui l'avait envahi en entier.

M. Trélat. Je ferai remarquer que l'âge du malade est un facteur important pour le diagnostic, et pour les malades dont il a été question jusqu'ici, j'admettrais plus volontiers une ostéomyélite qu'un ostéosarcome.

M. Segond communique une observation **de rétention des règles par imperforation de l'hymen.**

Corne développée sur la peau du dos. — M. Polaillon présente une corne développée sur la peau du dos chez une femme atteinte de cancer viscéral.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN

Séance du 9 février 1885. — Présidence de M. Ballay.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend, outre les journaux et publications périodiques :

1° Une lettre de M. le Dr Boyer, d'Elbeuf, se portant candidat au titre de membre correspondant et envoyant à l'appui sa thèse inaugurale.

(Commission : MM. Petel, F. Hüe, Gendron, rapporteur).

2° Un opuscule sur le *Farcin chronique*, envoyé par M. Marquez, membre correspondant.

3° M. Boucher fils dépose un travail *sur le délire chronique*, extrait des *Archives de neurologie.*

Amputation ostéoplastique du pied.— Présentation de l'opérée par M. Cauchois.

M. Cauchois présente à la Société une femme âgée de 48 ans à laquelle il a pratiqué, le 14 juin 1884, une amputation ostéoplastique du pied gauche par le procédé Pasquier-Le Fort. La réunion osseuse est complète et le résultat absolument satisfaisant au point de vue morphologique et fonctionnel.

L'opération avait été nécessitée par l'ulcération d'une vaste cicatrice de la face dorsale du métatarse avec perte de plusieurs orteils (les 2e 3e et 4e) et déviations des autres, rendant la marche tout à fait impossible. Ces lésions elles-mêmes étaient consécutives à un sphacèle des mêmes parties, lequel paraissait s'être développé dans le cours d'un érysipèle de la jambe survenu

vraisemblablement à son tour comme complication d'une plaie contuse du pied. C'est là du moins ce qui paraissait ressortir des explications un peu confuses fournies par la malade sur les accidents qui l'avaient amenée à l'Hôtel-Dieu en pleine période de sphacèle.

Sauf un amaigrissement notable et un peu de diarrhée l'état général ne laissait pas encore trop à désirer (rien d'anormal dans les urines, aucune complication thoracique.)

Aussi, malgré l'âge de la malade, M. Cauchois se décida-t-il pour une amputation ostéoplastique du pied par le procédé Pasquier Le Fort, *avec section du tendon d'Achille.*

L'immobilisation du fragment calcanéen fut obtenue à l'aide d'une seule anse d'un gros fil d argent tordu suivant la manière ordinaire et passant par la plaie des parties molles. Cependant on y ajouta l'emploi très longtemps continué des longues bandes de diachylon. La suture osseuse fut retirée vers le 25e jour.

La guérison fut entravée par le développement d'une immense eschare du sacrum. Néanmoins elle s'acheva dans les meilleures conditions ; et l'on peut voir aujourd'hui qu'elle est aussi bonne que possible. C'est bien le *talon même du pied amputé* qui forme la surface du pilon naturel, sur lequel la malade s'appuie sans la moindre gêne ni souffrance.

Discussion. — M. F. Hue. — J'ai déjà assisté à plusieurs opérations de ce genre, pratiquées suivant le procédé Pasquier-Le Fort, et j'ai toujours vu qu'on éprouvait de grandes difficultés à maintenir les nouveaux rapports des os. Les deux trajets obliques à travers lesquels on fait passer un fil d'argent ne constituent pas un moyen de suture suffisant. Il vaudrait beaucoup mieux adopter le procédé des chirurgiens allemands qui enfoncent perpendiculairement un clou d'acier dans les deux os. On a objecté le danger de provoquer une ostéomyélite et la douleur que pourrait faire naître une cicatrice placée à la partie inférieure. Mais les faits ont montré qu'il n'y avait aucun inconvénient à adopter cette conduite.

M. Cerné. — Une discussion a eu lieu à ce sujet à la Société de chirurgie en 1882. M. Le Fort n'était pas très éloigné de conseiller l'emploi des clous d'acier.

Taille latéralisée, chez un enfant de 12 ans; guérison. — Présentation du calcul, par M. Petel.

L'observation du jeune calculeux que j'ai eu l'occasion d'opérer ne présente rien de saillant à noter : l'enfant, Albert V..., de Fécamp, opéré le 15 octobre dernier à l'Hospice général, était entièrement guéri le 14 novembre et retournait dans sa famille le 21 du même mois.

Mais le calcul retiré de la vessie me paraît présenter une forme exceptionnelle ; ce calcul, peu volumineux (dans son ensemble il a environ le volume d'une grosse amande), au lieu de présenter une surface mamelonnée, assez régulièrement arrondie comme cela a lieu ordinairement, présente au con-

traire des bords tranchants, anguleux, de véritables arêtes ; dans l'intervalle de ces arêtes saillantes, la surface du calcul est creusée d'excavations au fond desquelles on voit des lignes concentriques. En raison des aspérités et des bords tranchants, on croirait avoir entre les mains un silex plutôt qu'un calcul vésical. La vessie ne renfermait pas d'autres pierres.

Sans pouvoir formuler une bonne explication de cette disposition, je serais cependant porté à penser que le calcul a subi une sorte d'usure, comme un commencement de dissolution qui lui a enlevé la couche corticale dont il aurait dû être enveloppé. Afin de ne pas altérer sa forme, je n'ai pas fait faire l'analyse chimique ; mais en raison de la couleur fauve du calcul, je penserais qu'il est composé d'urates.

Au point de vue opératoire, la disposition anguleuse de ce calcul aurait pu avoir quelque importance : on pouvait craindre, en effet, que la pierre, en débordant les tenelles, ne fît quelque déchirure allant au-delà des limites de la prostate ; heureusement il n'en a été rien.

DISCUSSION. — M. CAUCHOIS. — Cette disposition anguleuse devait favoriser la production des hématuries.

M. PETEL. — L'enfant, en effet, a uriné du sang 3 semaines avant son entrée à l'hôpital ; mais pendant les quelques jours qui ont précédé l'opération, l'urine ne contenait pas de sang ; elle était à peine acide et l on trouvait au fond du verre un dépôt glaireux.

Le Secrétaire : A. CERNÉ.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 12 *janvier* 1885.— Présidence de M. HENRI HUCHARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu, mis aux voix, et adopté.

M. MICHEL, président sortant, prononce un discours accueilli par les applaudissements unanimes et cède le fauteuil à M. Huchard, président pour l'année 1885.

M. HUCHARD prononce, à son tour, un discours également applaudi.

M. le Président, au nom de la Société, adresse la bienvenue à trois nouveaux membres, MM. GOUEL, BOYMOND et BONNOT, et annonce à la Société les nominations : de M. Reliquet au titre d'officier de la légion d'honneur, et de M. Leblond au titre d'officier d'Académie.

La correspondance manuscrite comprend : 1° des lettres de MM. GOUEL, BOYMOND, et ELOY, remerciant la Société de leur admission comme membres titulaires.

2° Une lettre de M. le Dr MAYGRIER posant sa candidature au titre de membre de la Société.

M. le Dr MAYGRIER adresse, à l'appui de sa candidature, un travail sur l'opération de Porro. (Rapporteur : M. Edmond Michel.)

3° Une lettre de M. le Dr Bureau, posant également sa candidature et envoyant un travail intitulé : *De l'Impaludisme dans les suites de couches.* (Rapporteur : M. Percepied.)

4° Une lettre de M. le Dr Lélu, également candidat au titre de membre titulaire. M. Lélu envoie, à l'appui de sa candidature, sa thèse intitulée : *Du siège de la coqueluche et de son traitement*, et un travail manuscrit. (Rapporteur : M. Philbert.)

5° Une lettre de M. le Dr Bignon, médecin consultant à Vichy, posant sa candidature au titre de membre titulaire ; il adresse, à l'appui, sa thèse, intitulée : *Des accidents cérébraux, et en particulier, des troubles psychiques dans les maladies chroniques du cœur.* (Rapporteur : M. Deniau.)

La correspondance imprimée comprend : trois numéros de la *Revue médicale Française et Étrangère* ; un n° du *Bulletin Médical du Nord* et un ouvrage du Dr Robert Bartholow, de Philadelphie : *Practical Treatise on Materia Medica and Therapeutics*, 5e édition, sur lequel M. Deniau est chargé de faire un rapport.

M. Huchard communique à la Société les résultats qu'il a obtenus par l'emploi d'un médicament nouveau, l'*antipyrine.*

Dans la fièvre en général, chez les tuberculeux, les typhoïdiques, l'antipyrine a donné des résultats remarquables. Ce médicament se présente sous la forme d'une poudre blanchâtre, très soluble dans l'eau, à saveur peu forte.

La dose habituelle administrée pour un adulte est de 2 grammes.

Chez l'enfant, la dose doit être graduée en donnant un décigramme par année.

Au bout d'une demi-heure, on observe un abaissement de température d'un demi-degré ; au bout d'une heure 1 degré ; au bout de 2 à 3 heures, la température est devenue normale.

M. Huchard cite le cas d'un enfant atteint de grippe, chez lequel la température était redevenue normale le premier jour avec 0,10 centigr. du médicament. Le lendemain matin, à 5 h. 1/2, M. Huchard est appelé en toute hâte, et constate une température de 41°3; au bout de 3 heures avec 0,20 centigr. d'antipyrine, la température était tombée à 36°6.

L'antipyrine, au bout de deux heures, passe dans les urines; on reconnaît sa présence par la réaction suivante : une goutte de perchlorure de fer donne à l'urine une coloration rouge vin de Porto.

L'antipyrine a des inconvénients.

Le plus sérieux est une sueur quelquefois très profuse, que ni l'agaric blanc, ni le sulfate d'atropine n'ont pu supprimer. On réussit à diminuer les sueurs en fractionnant les doses du médicament.

Quelquefois, on observe de l'intolérance gastrique. Alors M. Huchard emploie la voie rectale, et donne des suppositoires, ou la voie hypodermique. Parfois on observe des exanthèmes rubéoliforme et scarlatiniforme; ces exanthèmes sont rares.

M. Rougon demande si, dans la fièvre typhoïde, l'antipyrine, en baisant la température a influé sur la marche de la maladie.

M. Huchard répond qu'il n'a pas assez de cas pour répondre catégoriquement.

L'antipyrine a aussi des propriétés hémostatiques, qui ont été constatées dans des expériences faites avec M. Hénocque.

Ainsi, en sectionnant deux pattes chez un cobaye, et en trempant les plaies saignantes l'une dans une solution de perchlorure de fer ou d'ergotine; l'autre dans une solution au 20e d'antipyrine, on observait une hémostase plus rapide et définitive sur la patte trempée dans l'antipyrine.

La clinique pourrait tirer partie de cette expérience.

L'application de l'antipyrine en poudre ou en solution sur des plaies saignantes pourrait servir à arrêter les hémorrhagies.

L'antipyrine possède des propriétés antiputrides. On s'en assure en mettant, dans un tube, du sang en contact avec de l'antipyrine: il ne se produit pas de putréfaction.

M. Huchard a réussi à arrêter des hémorrhagies chez les hémorrhoïdaires avec des suppositoires de 50 centigr. de ce médicament.

Le pouls est moins influencé que la température.

M. Boymond dit que l'antipyrine est une poudre cristalline parfaitement définie et non un remède secret.

M. Percepied demande si l'antipyrine a un effet sur la périodicité.

M. Huchard répond que ce médicament abaisse la température, mais n'est pas un antipériodique.

L'effet dure de 4 à 8 heures et se fait sentir encore les jours suivants.

M. Gouel a donné l'antipyrine à six malades tuberculeux à l'Asile de Villepinte : il y a eu un cas d'intolérance gastrique et 4 cas de sueurs profuses. L'hypothermie a été observée pendant 3 heures seulement. Au bout de 2 ou 3 jours, la dose peut être abaissée à 1 gramme dans les 24 heures. Le sommeil est calme, réparateur, mais il y a un peu d'inappétence.

Dans une fièvre typhoïde traitée par l'antipyrine, M. Gouël a observé une suppression de l'odeur de la diarrhée.

M. Finot demande à M. Huchard si, dans son expérience sur le cobaye, l'antipyrine a agi comme coagulant ou comme vaso-constricteur.

M. Huchard croit qu'il y a surtout vaso-constriction. Du reste, il y aura lieu de faire des expériences à ce sujet.

La parole est à M. Leblond, pour la lecture d'une **observation contribuant à montrer les relations qui existent entre l'arthritisme et l'hystérie**. (Sera publié.)

M. le Président remercie M. Leblond de son intéressante communication, et propose de soulever dans la prochaine séance une discussion à ce sujet.

M. Schwartz donne lecture d'une **note sur le traitement des abcès chauds**. (Sera publié.)

DISCUSSION. — M. RICHELOT fils ne croit pas indispensable de faire toujours une grande incision dans l'ouverture des abcès chauds, lors qu'on n'a pas besoin d'exploration digitale.

D'accord avec M. Schwartz, M. Richelot insiste sur *l'évacuation totale* de la cavité purulente.

Quant au lavage phéniqué de la poche, il n'est pas toujours nécessaire. Il peut, lorsqu'on l'emploie dans de vastes poches purulentes, provoquer de la réaction et une absorption avec accidents d'intoxication.

Le lavage n'est utile que lorsqu'on n'est pas sûr d'être, avec son incision, dans la région la plus déclive.

Comme M. Schwartz, M. Richelot préconise le pansement du lendemain. Le pansement de Lister ne peut être un pansement rare au début.

La cicatrisation peut être obtenue très rapidement.

A ce propos M. Richelot cite un phlegmon sous-péritonéal, traité récemment à St-Louis et guéri au bout de 8 jours. M. Richelot fit une petite incision, sans injection phéniquée.

A propos de la 1re observation de M. Schwartz, M. Richelot fait remarquer que l'on a trop de tendance à dire que l'abcès sous-périostique ne se termine pas sans nécrose ; il n'y a pas toujours lieu, comme on le croit, de faire la trépanation.

M. DE RANSE demande à M. Schwartz s'il faut, pour pratiquer l'incision, attendre qu'il y ait une collection de pus.

M. SCHWARTZ dit qu'on doit inciser dès qu'on sent la moindre fluctuation.

Répondant à M. Richelot, M. Schwartz revient sur l'incision large, qu'il préconise surtout pour la recherche des anfractuosités dans des phlegmons à pus grumeleux.

Quand au lavage, M. Schwartz déclare n'avoir jamais observé d'intoxication phéniquée, quelque grandes cavités qu'il ait ouvertes et irriguées : d ailleurs, les lavages sont suivis de pression méthodiques qui évacuent les cavités, et empêchent le séjour d'une quantité de liquide suffisante pour l'absorption.

M. le Président remercie MM. Schwartz et Richelot, de l'intéressante discussion qu'ils viennent d'ouvrir devant la Société.

A propos des félicitations de la Société à M. Labarraque pour son rétablissement, M. le Président déclare qu'une partie des compliments qui lui ont été adressés pour les soins qu'il a donnés au doyen de la Société doivent être reportés sur M. Rœser, qui lui a prodigué les soins les plus dévoués et les plus intelligents.

La séance est levée à 5 h. 40 minutes.

Le secrétaire annuel,
Dr TRIPET.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André ;
Maison spéciale pour Journaux et Revues.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DISCOURS DE M. FOURNIER SUR LE ROLE DE LA SYPHILIS DANS LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE. — UNE AFFAIRE DE SECRET PROFESSIONNEL.

Sauf une communication de M. Cornil sur un cas d'inclusion fœtale testiculaire, toute la séance a été occupée par la discussion sur la question de la dépopulation en France, et on peut dire que, grâce à l'intervention du professeur Fournier, elle a été une des plus intéressantes et des plus suivies qu'on ait vues depuis longtemps.

Tout le monde connait la facilité, la clarté et l'élégance qui caractérisent M. Fournier comme orateur et comme écrivain : ces qualités tout extérieures font encore mieux ressortir le sa-

FEUILLETON

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Nous extrayons du rapport pour l'année scolaire 1883-84 adressé à M. le recteur par M. le doyen de la Faculté et lu au Conseil académique de la session qui vient de se terminer quelques passages intéressants :

I. — Les constructions de l'Ecole de médecine ont monté en 1884 avec une grande activité. Le service des travaux anatomiques est depuis le commencement de l'année scolaire définitivement installé. Les huit pavillons qui composent l'ensemble de l'Institut anatomique sont occupés par les élèves depuis le commencement de novembre. Par contre, et pour porter tout l'effort sur les services les plus urgents, on a suspendu l'aménagement intérieur de la nouvelle bibliothèque. La surface du terrain de l'ancienne Faculté, y compris l'ancienne École pratique, était de 6439 mètres ; la surface nouvelle est de 21,042 mètres. La surface couverte par des constructions anciennes

voir profond et la haute valeur clinique des travaux de ce maître. Aussi le discours qu'il a prononcé mardi, à l'Académie, sur le rôle capital de la syphilis dans la mortalité infantile, a-t-il eu un succès considérable, comme en ont témoigné les applaudissements unanimes de l'assistance, collègues et public.

Ce nouveau côté de la question de la dépopulation va donner à la discussion pendante un intérêt tout particulier, et il est fort probable qu'elle aboutira à un résultat, en ce sens que l'Académie adressera à l'autorité compétente, sous forme de vœu, malheureusement trop platonique, une note concernant les mesures qu'il y aurait à prendre pour essayer de diminuer l'effrayante mortalité de l'enfance.

— Très prochainement va se plaider une affaire qui ne peut manquer d'intéresser vivement tout le corps médical, car il s'agit de la délicate question du secret professionnel.

Un artiste célèbre meurt, encore jeune, à la suite d'une longue maladie. Des bruits peu favorables au médecin qui avait soigné l'artiste ayant circulé à ce propos, notre confrère, pour rétablir les choses sous leur vrai jour, a cru pouvoir exposer, dans un journal politique, la nature réelle de l'affection qui avait emporté son client. Là-dessus, poursuite du parquet contre le mé-

---

était de 3419 mètres ; la surface couverte par les constructions nouvelles sera de 15,284 mètres. Enfin les surfaces additionnées de tous les locaux à tous les étages, qui étaient de 5854 mètres dans l'ancienne École, seront de 43,024 mètres dans l'École nouvelle.

II. — En 1883-1884, le nombre de nos étudiants est resté sensiblement ce qu'il était en 1882-83.

Au 15 octobre 1883, on comptait, en effet, 3933 étudiants en cours d'études. Dans le cours de l'exercice 1883-84, 557 élèves nouveaux se sont fait inscrire, ce qui porte à 4490 le nombre otal des élèves qui figurent sur les registres pour l'année 1883-84. En retranchant le chiffre de 496 (nombre des élèves reçus docteurs ou officiers de santé, décédés, etc.) du nombre total de 4490, il reste 3994, représentant le nombre des élèves au 15 octobre 1884, c'est-à-dire au début de la présente année scolaire. On peut prévoir que cette année, comme la précédente, le nombre des élèves nouveaux sera de 500 à 550.

decin, qui se voit inculpé de révélation du secret professionnel.

Nous ne manquerons pas de tenir nos lecteurs au courant de cette affaire, toujours d'actualité.



REVUE PROFESSIONNELLE

—

L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES.

Il nous a paru utile, au moment où la question de l'inspectorat revient à l'ordre du jour, de rendre compte d'un important travail publié par le Dr Garrigou dans la *Revue d'hydrologie et de climatologie pyrénéenne* et dont l'auteur vient de faire un tirage à part. Mais laissons la parole sur ce sujet à notre ami Maximin Legrand, dont la compétence en matière semblable est connue de tous.

« Il est convenable dit notre confrère, de ne pas laisser passer l'œuvre de M. Garrigou, sans dire ce que nous en pensons. Pour ma part, j'en pense beaucoup de bien et je me rallie de grand cœur à la « constante » (ainsi que disent les mathématiciens)

Les élèves ou docteurs étrangers qui viennent à la Faculté de médecine de Paris, soit pour y accomplir une scolarité plus ou moins entière, soit pour y subir les examens du doctorat, deviennent chaque année plus nombreux. En 1882-83 on comptait 108 inscriptions nouvelles; en 1883-84, ce nombre a été de 113; il est très probable qu'il sera plus élevé durant l'année scolaire qui commence. Quant au chiffre total des étudiants de nationalité étrangère inscrits sur nos registres, il est, au 1er décembre 1884 (nous ne parlons que des hommes), de 538, qui se décomposent ainsi : Américains, 127 ; Russes, 96 ; Roumains, 61 ; Espagnols, 52 ; Turcs, 45 ; Brésiliens, 30 ; Suisses, 26 ; Grecs, 25 ; Anglais, 22 ; Serbes, 12 ; Italiens, 9 ; Égyptiens, 8 ; Belges, 7 ; Indiens, 5 ; Hollandais, 3 ; Portugais, 3 ; Allemands du Nord, 2 ; Autrichiens, 2 ; Finlandais, 1 ; Chinois, 1 ; Persan, 1. Total : 538.

Aux élèves étrangers inscrits sur les registres, et qui font acte de scolarité, il faut ajouter une trentaine d'auditeurs bé-

des trois propositions suivantes, que l'auteur croit aptes à relever l'hydrologie française :

1° *Supprimer* purement et simplement l'*Inspectorat* médical près les établissements thermaux, et laisser la liberté absolue à l'initiative privée des médecins et des propriétaires de sources;

« 2° *Supprimer l'inspectorat médical* et créer à Paris deux cours officiels d'hydrologie, l'un de pathologie et thérapeutique hydrologiques, l'autre, des sciences physiques, chimiques et géologiques appliquées à l'hydrologie ;

« 3° *Supprimer les inspecteurs* médicaux actuels, et faire une organisation absolument complète de l'hydrologie médicale française. »

Les mots soulignés constituent, est-il besoin de le dire, ce qu'on doit appeler « la constante ».

Que l'on ait à choisir entre ces propositions, ou qu'on les adopte toutes trois, la nécessité de la suppression de l'inspectorat reste la même ; elle s'impose dans tous les cas. Sans cette mesure indispensable, on ne peut rien faire, et toute réforme est illusoire. De la suppression des inspecteurs résulte, au contraire, une amélioration telle, qu'on pourrait parfaitement s'en contenter et ne pas demander d'autres réformes. Il est, du

---

névoles, auxquels il a été délivré des cartes d'admission, conformément aux dispositions de l'article 8 du décret du 30 juillet 1883, relatif au régime des établissements supérieurs.

Au 15 octobre 1883, le nombre des élèves femmes inscrites sur les registres de la Faculté était de 45, en légère augmentation sur l'année précédente, où nous en comptions 39.

Durant l'exercice 1883-84, et surtout depuis le début de la présente année scolaire, il s'est produit un mouvement ascensionnel qui mérite d'arrêter un instant notre attention. A l'heure où je parle, nous avons déjà 78 femmes inscrites. D'autres, une douzaine environ, sont en ce moment en instance pour obtenir leur inscription ; et déjà nous pouvons prévoir que le nombre des femmes, en cours d'études cette année à la Faculté, atteindra et probablement dépassera 90. Les 78 femmes inscrites se décomposent ainsi : Russes, 47 ; Françaises, 13 ; Anglaises, 11 ; Américaines, 3 ; Roumaine, 1 ; Hongroise, 1 ; Indienne, 1 ; Turque, 1. Total : 78.

moins, inutile de les prévoir ; le terrain une fois déblayé, les choses s'arrangeront sans entraves, au mieux des intérêts en présence et de la profession redevenue maîtresse de sa dignité et de sa profession.... »

Nous ne suivrons point notre confrère dans l'exposé, peut-être un peu vif, qu'il fait de l'inspectorat dans son article paru dans la *France médicale*.

Nous avons maintes fois fait connaître notre opinion sur cette question et nous admettons volontiers l'aphorisme émis par M. Legrand : que, « non seulement les inspecteurs ne font rien, ainsi que le constate chaque année le rapport de la commission des eaux minérales à l'Académie de médecine, mais qu'ils sont un obstacle, soit volontaire, soit involontaire à ce que d'autres fassent quelque chose. »

Nous avons voulu simplement, dans cette courte note, faire connaître à nos lecteurs l'état actuel de la question. La suppression de l'Inspectorat avait été résolue en principe par le ministère pendant ces dernières années. Le comité consultatif d'hygiène publique en avait été, pour ainsi dire, informé officieusement. Puis, par un revirement subit et inattendu, le ministre a changé d'idée et vient de décider qu'il serait pourvu au

---

Parmi les 13 Françaises, 9 sont inscrites pour le doctorat ; 4 pour l'officiat. Les 9 étudiantes françaises pour le doctorat sont pourvues des 2 diplômes du baccalauréat ès lettres et du baccalauréat ès sciences, sauf l'une d'entre elles, qui, pourvue du baccalauréat ès sciences, a obtenu la dispense du baccalauréat ès lettres. Les 4 étudiantes françaises inscrites pour l'officiat ont toutes justifié du certificat de grammaire obligatoire, et l'une d'entre elles possède, en outre, le diplôme du baccalauréat ès sciences complet. Parmi les 11 Anglaises, 10 ont obtenu, pour études faites en Angleterre, l'équivalence des deux baccalauréats ès lettres et ès sciences. Une seule a obtenu la double dispense des deux baccalauréats.

Parmi les 47 femmes russes, 14 ont obtenu l'équivalence des baccalauréats ; 30 ont obtenu l'équivalence du baccalauréat . sciences restreint et la dispense du baccalauréat ès lettres ; e a obtenu l'équivalence du baccalauréat ès lettres et la dis- nse du baccalauréat ès sciences ; une a obtenu la dispense

remplacement des inspecteurs démissionnaires ou décédés. Pourquoi ce changement? On a prétendu que le gouvernement avait intérêt à augmenter le nombre de ses fonctionnaires dans un but de propagande électorale. Cela est possible, nous dirons même probable ; mais, si nous avions des conseils à donner à nos ministres, nous leur dirions qu'ils s'abusent s'ils croient à l'influence politique d'un homme presque toujours étranger au pays où il est nommé et qui, par le fait de sa nomination, est souvent tenu en suspicion par les électeurs indépendants,

Quoi qu'il en soit, l'inspectorat, condamné depuis longtemps par l'opinion, vient de reprendre faveur dans les hautes régions administratives. Ce n'est pas une raison pour se décourager ; nous engageons, au contraire, tous nos confrères intéressés à reprendre courageusement la campagne, et nous pouvons leur assurer qu'ils seront soutenus vigoureusement par la presse médicale tout entière et plus particulièrement par le *Journal de médecine de Paris.*

A. LUTAUD.



des deux baccalauréats. Une seule (Mme de Hérodinoff) n'a réclamé aucune faveur.

Enfin les trois Américaines, la Roumaine, la Hongroise, l'Indienne et la Turque ont toutes obtenu la double équivalence des deux baccalauréats.

III. — En ce qui concerne les *équivalences*, le rapport ne se prononce pas sur la valeur des *équivalences* des deux baccalauréats ; mais sur la DISPENSE il constate que, sauf deux exceptions faites en faveur d'une Française et d'une Anglaise, la *dispense* du baccalauréat ès lettres a été accordée à 31 femmes de nationalité russe. « Ces dispenses, dit M. Béclard, c'est-à-dire ces exemptions de toute culture littéraire sérieuse, si rarement accordées autrefois, tendent depuis quelque temps à devenir la règle ; et nous ne pouvons pas ne pas faire remarquer qu'on se montre envers les étudiants hommes, qui nous viennent de l'étranger, beaucoup plus avares de ces exemptions qu'on prodigue si facilement aux jeunes filles. Si nous

REVUE CLINIQUE

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES ABCÈS CHAUDS (1).

Par le Dr Schwartz, chirurgien des hôpitaux.

Messieurs, je n'ai pas la prétention, en vous faisant la communication qui va suivre, de vous présenter la relation de faits rares et nouveaux ; je veux appeler votre bienveillante attention, comme l'a d'ailleurs déjà fait notre collègue et mon ami le Dr Richelot dans un article publié il y a deux mois environ dans l'*Union médicale*, sur le traitement des abcès chauds, par la méthode antiseptique et vous exposer le résultat de mon observation sur ce coin très modeste de la clinique chirurgicale.

Depuis trois ans déjà j'ai suivi toujours la même manière de faire, et je ne puis que m'en louer, comme vous allez le voir.

L'abcès étant diagnostiqué, est ouvert sur une étendue assez grande, pour que toute la cavité soit facilement explorable à l'aide du doigt ; avant l'incision, les téguments auront été lavés

(1) Communication faite à la Société Médico-Pratique, dans sa séance du 12 janvier 1885.

---

recherchons, par exemple, quels sont les antécédents scientifiques et littéraires de nos 96 étudiants de nationalité russe, nous trouvons : que sur les 91 inscrits en vue du doctorat, 77 ont obtenu la double équivalence des baccalauréats ès lettres et ès sciences ; 8, l'équivalence des sciences et la dispense des lettres ; 3, la *dispense* des sciences et des lettres ; 3, enfin, ont obtenu à Paris les diplômes du baccalauréat ès lettres et du baccalauréat ès sciences. Des 5 élèves russes inscrits en vue de l'officiat, 2 sont bacheliers ès lettres (de Paris), 1 est bachelier ès sciences (de Paris), 2 ont le certificat de grammaire, le seul diplôme obligatoire pour les aspirants à l'officiat. »

Ce rapprochement suffit, je pense, à montrer les différences énormes qui existent dans l'application, aux hommes ou aux [illegible]mmes, de ce régime d'exception, sur lequel nous appelons [illegible]tention du Conseil.

V. — En Suisse, dans les Universités de Genève, de Zurich, [illegible] Bâle et de Berne, les élèves en médecine de chacune des

à la solution phéniquée au 1/40 et au savon, puis à la solution phéniquée au 1/20. L'incision faite, on exprime de tous les coins et recoins de la cavité abcédée le pus louable ou non, liquide ou grumeleux qui s'y trouve contenu et on s'assure, à l'aide de l'index (les mains auront été bien lavées dans la solution phéniquée faible, de même que les instruments) qu'il n'y a pas de poche adjacente à celle qui est vidée et communiquant avec elle par un petit orifice ; si cela existait, ce dernier devrait être agrandi par le doigt ou le bistouri de façon à établir une large communication ; on ne cesse l'expression de l'abcès que lorsqu'il ne s'en écoule plus de pus et que les parois fournissent un écoulement sanguin plus ou moins abondant. Alors, avec une seringue chargée de solution phéniquée au 1/20 on lave l'intérieur de la poche de façon à ce que le liquide injecté ressorte clair ; l'injection terminée, le doigt s'assure encore qu'il ne reste nulle part de dépôts fibrineux ou purulents non encore entraînés.

Un drain, dont le volume et la longueur seront proportionnés aux dimensions de la poche sera placé dans l'incision faite préalablement dans le point le plus déclive ; et toute la plaie au-dessus du drain sera refermée par des points de suture.

écoles, ne dépassent pas le chiffre de 158 à 200. Parmi ces élèves on ne compte guère à Bâle et à Berne que 8 ou 10 élèves femmes ; à Zurich ou à Genève, il y en a au plus de 25 à 50, et il est à remarquer que presque toutes ces élèves sont de nationalité russe. En Russie même, où le nombre des élèves femmes a atteint le chiffre le plus élevé, il était, il y a trois ans, de 250 à 300. D'après les renseignements recueillis par M. Béclard auprès de plusieurs médecins russes, ce chiffre aurait sensiblement diminué. Là l'enseignement donné aux élèves femmes est centralisé à Saint-Pétersbourg, où elles forment, au point de vue des études médicales, une division absolument distincte. Il n'y a entre elles et les étudiants aucune communauté d'enseignement, ni dans les cours, ni dans les laboratoires des travaux pratiques, anatomiques ou autres, ni même dans les salles des hôpitaux.



Si l'abcès est très volumineux, il est bien entendu qu'il y aura lieu de faire les contre-ouvertures qui devront livrer passage à d'autres tubes après avoir servi à explorer et à laver tous les recoins de l'abcès.

Les sutures faites, la plaie est recouverte d'un pansement antiseptique.

Depuis ces derniers temps, nous nous servons très volontiers, pour protéger la ligne de suture contre l'irritation produite quelquefois par la gaze phéniquée, de gaze iodoformée. On établit une compression rigoureuse à l'aide d'éponges bien désinfectées et une bande de tarlatane ou de toile sert à fixer et à serrer le pansement dans la mesure convenable.

Le pansement est généralement renouvelé le lendemain ; le drain est sorti, lavé, raccourci de 1/3 ou de 1/2, suivant la grandeur de l'abcès, puis un nouveau pansement est remis en place ; celui-ci n'est guère levé que 2 jours après et le plus souvent alors on peut retirer définitivement le drain ou les drains déjà raccourcis. Il n'est pas rare, quand l'abcès est petit et superficiel, de le voir guéri au bout de 1 ou 2 pansements. Lorsqu'il est grand et profond, au lieu de 8 jours, il en faudra 12, 15 au plus. En résumé, au lieu de voir, comme autrefois, des fusées purulentes se produire de côté et d'autre, la suppuration se prolonger quelquefois 4, 5, 6 semaines et même plus, et devenir le point de départ d'accidents souvent très graves, l'on voit, même dans les régions les plus défavorables à la cicatrisation (aisselle, région périanale), l'abcès se fermer rapidement par accollement et bourgeonnement de ses parois.

Les points sur lesquels il faut insister, à notre avis, sont : 1° l'ouverture suffisante de l'abcès de façon à pouvoir explorer et laver toutes ses anfractuosités, quitte à suturer ensuite une partie de l'incision ; 2° le lavage complet après expression de tout le pus ; 3° le drainage. Le pansement de Lister, appliqué pour les 2 ou 3 premiers pansements, pourra sans inconvénient être remplacé ensuite par un pansement simple à la tarlatane imbibée d'une solution phéniquée au 1/50.

Dans ces derniers temps, nous avons substitué au drain un morceau de gaze iodoformée et nous nous en sommes très bien trouvé. Cette bandelette de gaze antiseptique peut être laissée

dans la cavité de l'abcès, qu'elle rend aseptique, et retirée peu à peu à chaque pansement.

Nous avons soigné de la façon que nous venons de vous indiquer une soixantaine d'abcès de toutes sortes, les uns superficiels, les autres profonds, et les résultats obtenus ont toujours été excellents et quant à la marche de la maladie et à la rapidité de la guérison. C'est ce qui nous a engagé à vous exposer les quelques considérations qui précèdent, que nous ferons suivre de la relation des deux faits que voici :

Dans le 1er il s'agit d'un abcès sous-périostique aigu du fémur heureusement terminé sans névrose; dans le second d'un abcès profond du cou, suite d'un phlegmon large de la région.

Observation I. — Chrétien, âgé de 16 ans 1/2, entre à l'hôpital Baujon le 16 octobre 1884, lit 32. Il y a une quinzaine de jours, cet enfant, bien constitué, est tombé dans une cave sans d'ailleurs en être grandement incommodé. Il y a 8 jours, il ressentit dans la cuisse gauche une violente douleur qui se localisa dans le 1/3 supérieur du membre, en même temps qu'il fut pris de phénomènes généraux graves, aspect typhoïde, sans fièvre intense, sans épistaxis, ni diarrhée.

Dès son entrée à l'hôpital, nous constatons un gonflement de la cuisse gauche au niveau de sa racine, sans empâtement ni fluctuation manifeste ; il existe au niveau du 1/3 supérieur du fémur un point douloureux très sensible à la moindre pression ; le petit malade accuse des douleurs très violentes au moindre mouvement imprimé aux membres. La température axillaire est à 39°5. Nous posons immédiatement le diagnostic d'ostéopériostite aiguë de la partie supérieure du fémur.

Le gonflement ayant augmenté le lendemain, malgré les applications locales d'onguent napolitain, la température étant maintenue à 40° malgré l'administration de sulfate de quinine, nous n'hésitons pas, malgré l'absence de fluctuation manifeste, à penser qu'il s'agit d'un abcès très profond que nous incisons séance tenante avec toutes les précautions antiseptiques indiquées plus haut ; après avoir traversé les parties superficielles, puis toute la couche musculaire externe, nous tombons sur un foyer purulent qui enveloppe tout le fémur à sa partie supérieure, et le doigt introduit reconnaît une dénudation de l'os de la dimension d'une pièce de 2 francs environ. Le foyer est vidé, lavé, puis drainé; un pansement antiseptique est appliqué et l'on continue le sulfate de quinine à la dose 0,75 centigr.

Du pus recueilli par notre interne M. Doyen nous a montré le lendemain les microbes de l'ostéomyélite des adolescents (staphylococcus aureus).

A partir de ce jour, les accidents tombèrent; le pansement fut renouvelé 3 fois jusqu'au 24 octobre. Ce jour-là, nous voulûmes supprimer le drain ; mal nous en prit, car le lendemain la température remontait à 40°. Le drain fut donc replacé et enlevé définitivement 5 jours après, et cette fois sans accident.

Nous avions fait observer à nos élèves qu'il pourrait se faire que le petit malade gardât une fistule consécutive à une nécrose de la portion dénudée du fémur; heureusement, il n'en fut rien, et le 10 novembre Chrétien quittait l'hôpital complètement guéri.

Observation II. — Il s'agit d'un homme de 52 ans, le nommé Lock, parqueteur, atteint depuis 8 jours d'un phlegmon large du cou envahissant le côté gauche et tout le creux sus-claviculaire. Les tissus sont indurés comme du bois; il est impossible de sentir la moindre fluctuation profonde. Néanmoins, nous pratiquons le long du sternomastoïdien en arrière une incision de 10 centimètres qui, à une profondeur de 6 centimètres environ, nous fait tomber dans un foyer purulent anfractueux à parois non dépressibles. Lavages phéniqués et drain debout.

Pansement de Lister.

Renouvelé tous les 3, 4 jours.

Dès l'incision, le gonflement diminue peu à peu; le drain est retiré le 8e jours, après avoir été raccourci le 3me, et le malade sort, tout à fait guéri, le 28 septembre, sort 14 jours après son entrée, ne conservant plus de fistule, mais encore un peu d'induration des téguments du cou (1).

OBSERVATION CONTRIBUANT A MONTRER LES RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE L'ARTHRITISME ET L'HYSTÉRIE (2),

Par le Dr Leblond.

Mme Jeanne B.-B., 26 ans, blonde, réglée depuis l'âge de dix ans et demi, mariée depuis 1874.

Père mort à 32 ans de tuberculose accidentelle à la suite de refroidissement contracté pendant qu'il remplissait ses fonctions d'officier de marine.

(1) Pour la discussion, voir n° 9 du 28 février 1885, p. 279.

(2) Travail lu à la Société Médico-Pratique (12 janvier 1885).

Mère atteinte de goutte et coliques hépatiques, morte à l'âge de 42 ans d'accident de voiture.

Antécédents morbides. — Croup, fièvre typhoïde, rougeole à l'âge de 7 ans. A 18 ans, fausse couche de deux jumeaux; à 19 ans. Mme B. met au monde une fille; à 21 ans, un garçon; les deux couches ont été bonnes. Quelque temps après la première, attaque de rhumatisme articulaire aigu ayant affecté les pieds, les mains et les articulations du bassin. En 1879, à la suite de la mort de sa mère, cette dame a ses premières attaques d'hystérie. Comme traitement, on lui conseille du bromure de potassium et des bains froids prolongés dans la Loire, à St Etienne, qu'elle habitait à cette époque.

En 1880, première colique hépatique; en 1881, péritonite, phlegmon péri-utérin qui s'est ouvert dans le vagin : rhumatisme articulaire généralisé. Depuis ce moment, attaques d'hystérie fréquentes et coliques hépatiques revenant à intervalles irréguliers, mais ne laissant jamais à la malade plus de deux à trois mois de répit : de temps à autre, elle a souffert de névralgies sus-orbitaires.

En février dernier, nouvelles douleurs rhumatismales dans le bassin, traitées par des vésicatoires, frictions avec térébenthine et injections de morphine.

La première fois que je fus appelé auprès de Mme B., c'était le 29 juillet, à onze heures du soir : à mon arrivée, je trouve la malade étendue sur son lit avec toutes les apparences d'une syncope. Je demande de l'éther ; mais à peine en avais-je approché le flacon des narines, qu'il se faisait dans tout le corps un soubresaut et qu'une nouvelle attaque d'hystérie éclatait avec tout son cortège de symptômes habituels clovinismes, contractures, convulsions, arrêt de la respiration et phénomènes de suffocation par suite de chute de la langue dans l'arrière-bouche. Grâce à une injection de morphine de deux centigrammes, j'eus raison de cette crise ; c'est, d'ailleurs, le seul médicament qui chez cette malade ait de l'efficacité : ni la compression des ovaires, ni celle des sous-orbitaires et autres moyens habituellement employés ne la calment.

Le lendemain je prescrivais à cette jeune femme de prendre des douches froides ; elle en prit une trois jours de suite, mais chaque ois elle en revenait plus nerveuse, plus impressionnable et me demandait de ne plus la contraindre à suivre ce traitement, parce qu'elle sentait que ses crises reparaîtraient. Le soir même (2 août), en effet, j'étais rappelé pour assister à une nouvelle attaque d'hystérie qui ne cessait qu'après une injection de morphine de deux centigrammes.

Dans la nuit du 25 au 26 août, j'étais mandé auprès de ma cliente

pour une colique hépatique qui la faisait horriblement souffrir : ce ne fut qu'après quatre injections successives de 2 centigr. de morphine qu'elle fut soulagée. Si Mme B. supporte impunément d'aussi fortes doses, c'est que durant ses maladies antérieures, on a beaucoup usé de ce médicament pour calmer ses douleurs, et ces grandes doses ne produisent pas chez elle d'assoupissement, mais seulement une sorte d'ivresse gaie et une loquacité extraordinaire entrecoupée de temps en temps par d'abondantes évacuations de bile qui se produisent dans les 24 ou 36 heures suivantes, mais dans les cas de coliques hépatiques seules. Je mis la malade au régime de l'Eau de Vals et chaque jour une ou deux perles d'éther et de térébenthine et des bains trois fois par semaine ; mais après avoir pris pendant deux jours des perles d'ether et de térébentine, Mme B. me déclarait qu'elle n'en prendrait plus, parce que cela lui coupait l'appétit ou troublait ses digestions, et il en est ainsi de tous les remèdes qu'on veut lui faire prendre.

Le mardi, 2 septembre, nouvelle colique hépatique soulagée avec six centigr. de morphine. Depuis quelque temps, cette dame se plaignait amèrement de son état de santé et me mettait au courant de différents ennuis de famille qui lui faisaient prendre la vie en dégoût et la pousseraient certainement à mettre fin à ses jours. Après avoir essayé de lui remonter le moral autant qu'il m'était possible, je prescrivais à son entourage de la surveiller très étroitement et de ne jamais la laisser seule. Le jeudi 4 septembre, après avoir fait des courses urgentes, Mme B. rentrait chez elle dans un état d'exaltation considérable ; j'essayai de la calmer, et je croyais y avoir réussi lorsque certains propos tenus par elle me firent supposer que ce calme était plus apparent que réel et je fis continuer la surveillance toute la nuit. Le lendemain matin, à 8 heures et demie, j'étais très étonné de trouver ma malade étendue en peignoir sur une chaise longue et semblant dormir d'un profond sommeil. Je demandai des explications à la personne qui avait passé la nuit auprès d'elle, et il me fut répondu que Mme B. avait voulu, à 7 heures, se lever parce qu'elle ne se trouvait pas bien dans son lit, qu'elle avait envoyé chercher un verre d'eau qu'elle avait bu et que depuis ce moment elle dormait. Voulant me rendre compte si Mme B. n'avait pas froid peut-être, je lui trouve les mains et les pieds glacés ; le nez était froid aussi, la pupille extrêmement rétrécie, insensible à la lumière. Je trouve alors sur la table de nuit le verre qu'elle s'était fait apporter : il contenait encore un peu de poudre blanche non dissoute ; c'était de la morphine. J'envoie chercher immédiatement 15 centigr. de tartre sti-

bié, je secoue la malade, j'essaye de la faire parler, mais je ne puis tirer d'elle que ces mots : « J'ai froid, j'ai froid partout. » Après mille supplications de son entourage, elle se décide à avaler le vomitif; en même temps, je fais des frictions avec de l'alcool, des linges chaud et lui fais absorber force café très chaud et très fort ; l'abattement et la prostration persistant, je fis une injection d'éther et enfin, une heure et demie après que le tartre stibié avait été administré, il survenait d'abondants vomissements. Un sommeil insurmontable envahissait la malade ; mais ce n'est que quatre heures plus tard que je permis qu'on la laissât dormir, c'est-à-dire lorsque je crus tout danger entièrement disparu.

Dans la soirée, je priai Mme B. de me dire comment elle avait trompé la surveillance de la personne chargée de la surveiller et comment aussi elle s'était procuré assez de morphine pour risquer de s'empoisonner. La chose était très simple; elle avait, pendant qu'on lui cherchait un verre d'eau, pris dans un flacon la valeur de 5 à 6 grammes de morphine ; elle avait jeté le sel dans l'eau, légèrement agité et avalé le tout. Je demandai à voir le flacon : il contenait certainement encore 50 gr. au moins de chlorhydrate de morphine.

C'est dans la nuit qui suivit cet empoisonnement que cette maladie commença à ressentir des douleurs dans le bassin : ces douleurs intolérables tenaient les articulations sacro-iliaques, sacro-coccygienne, la symphyse pubienne, et s'irradiaient du côté de l'utérus et de tout le système génital ; il fallut bien recourir à la morphine, et j'avoue franchement que pendant cinq jours je ne sus que faire et comment combattre ces douleurs autrement que par de la morphine. Interrogeant alors Mme B. sur son passé morbide, j'appris qu'elle avait eu des rhumatismes à différentes époques. Je fis entourer le bassin d'ouate et de sacs de sable chaud ; le mieux se fit sentir après une abondante transpiration; les deux jours suivants, même traitement suivi d'amélioration. Le 14 au matin, je faisais prendre quatre cachets contenant chacun un gramme de salicylate de soude. Les douleurs cessèrent entièrement, et n'ont pas reparu.

Le 2 octobre j'ai ouvert, à la partie antérieure et supérieure de la cuisse droite, un énorme abcès phlegmoneux résultant d'une injection qui avait été faite avec une solution très ancienne de morphine : pansement de Lister et cicatrisation complète au bout de dix jours.

12 octobre. Nouvelles douleurs articulaires, mais limitées aux malléoles, au genou et à la hanche du côté droit : 4 gr. de salicylate

de soude ont été insuffisants à faire disparaître complètement ces douleurs. La malade s'est plaint aussi de pesanteur du côté droit au niveau du foie ; elle a eu d'abondants vomissements de bile

15 octobre. Nouvelle administration de salicylate à la même dose de quatre grammes ; les douleurs disparaissent complètement du membre inférieur.

20 octobre Mme B. se plaint d'une douleur localisée au-devant de la région frontale ; par la palpation, on sent une petite tuméfaction immobile sous la peau, et très douloureuse. Je diagnostique une nodosité rhumatismale.

22. Depuis deux jours, il est survenu trois nouvelles nodosités : l'une sur le temporal, l'autre sur le pariétal gauches; outre les douleurs provoquées par ces nodosités, la malade se plaint de névralgies atroces qui lui tiennent tout le côté gauche de la tête : en comprimant les nerfs de la face à leur émergence de ce côté, on exagère les douleurs. Comme traitement, sacs de sable chaud, qui calment pour un moment les douleurs; mais il faut faire chaque jour une et parfois deux injections de morphine à quatre centigrammes. Mme B., qui réclame ces injections avec insistance, est prise de nausées chaque fois qu'on prépare l'injection. Les pilules de Moussette sont sans effet.

25. La malade se plaint de douleurs dans les reins ; elle a de la fièvre; les névralgies persistent. Nouvelle nodosité sur la côté interne et supérieur de l'orbite gauche.

26. La fièvre persiste, de même que les douleurs lombaires. Il apparaît par ci par là sur le corps de petites papules qui ne laissent aucune hésitation dans le diagnostic. Nous sommes en présence d'une éruption de varioloïde.

27. L'éruption est généralisée ; les douleurs lombaires ont disparu ; les névralgies augmentent d'intensité ; il faut maintenant faire les injections à 5 centigr.

1er novembre. La varioloïde a suivi son cours; les névralgies persistent. Après avoir à nouveau interrogé Mme B., j'apprends qu'elle a eu autrefois des fièvres intermittentes. Je prescris le bromhydrate de quinine à la dose de 12 centigr., trois fois par jour. Il faut toujours faire des injections de morphine.

8. Après huit jours de traitement, la malade se trouve évidemment mieux ; les douleurs sont plus supportables et ne lui arrachent plus de cris comme au début. Depuis l'apparition de ses névralgies, la malade n'a voulu prendre aucun aliment (à part quelquefois un peu de lait ou de bouillon). Trois fois par jour, on lui administre des lavements avec quatre cuillerées à café de pep-

tones Kenmierich. Je fais ajouter à ces lavements deux cuillerées à soupe de solution au vingtième de bromure et d'iodure de sodium.

12. Les douleurs ont entièrement disparu, et Mme B., qui depuis le 20 octobre n'a pas pris par la bouche trois litres de lait, mange une côtelette et de la salade. Je ne l'ai vue que lorsque la chose fut faite. La digestion de ces aliments fut parfaite.

13. Le mieux persiste. Depuis 56 heures on n'a pas eu recours aux injections de morphine. Aujourd'hui, qu'on voudrait faire manger la malade, elle s'y refuse et se contente de lait et de ses lavements de peptones.

14. Les névralgies ont reparu. Suppression du bromhydrate de quinine ; continuation des lavements de peptones avec bromure et iodure de sodium, dont j'ai fait augmenter les doses.

16. Les névralgies, pour n'être pas aussi intenses qu'il y a huit jours, font beaucoup souffrir Mme B. Elle réclame le bromhydrate de quinine ; j'en prescris chaque jour trois paquets à 20 centigr. Dans la soirée, elle mange un peu de pain avec du lait.

20. Les douleurs névralgiques ont changé de caractère : elles sont plus sourdes et s'accompagnent, par moments, d'élancements très aigus et très rapides qui se font sentir dans toutes les branches du trijumeau.

Actuellement la situation est à peu près toujours la même. Mme B. reste parfois 24 heures sans injection, puis le lendemain il en faut faire deux ou trois. La faiblesse est très grande ; le moindre mouvement devient une fatigue, la malade sent l'absolue nécessité de prendre quelque nourriture et s'efforce de s'alimenter, bien qu'on continue les lavements de peptones.

Réflexions. Cette observation vient bien, je crois, à l'appui de l'opinion qu'a émise M. H. Huchard sur les rapports intimes qui existent entre l'hystérie et l'arthritisme. Les névralgies qui sont étroitement liées, comme chacun sait, à la diathèse rhumatismale et qui ici l'accompagnent, ne sont qu'une manifestation de cet état arthritique. Depuis leur apparition, la malade dont je viens de vous entretenir n'a plus ressenti de douleurs rhumatismales. Un autre fait sur lequel il ne sera pas inutile d'appeler l'attention est la suppression complète de toute attaque d'hystérie depuis l'apparition des douleurs rhumatismales ou névralgiques.



REVUE CRITIQUE

DES MALADIES SPÉCIFIQUES (NON TUBERCULEUSES) DU POUMON

Par le professeur G. Sée (1).

Les hommes de progrès qui, dans le mouvement scientifique actuel, préfèrent marcher à l'avant-garde que de s'attarder dans les ornières d'une tradition désormais caduque, liront avec intérêt et profit le deuxième volume des Recherches expérimentales de Bactériologie médicale entreprises par M. le professeur Germain Sée et dont la *Phthisie Bacillaire* inaugurait naguère la série.

Des Maladies spécifiques (non tuberculeuses) du Poumon, tel est le titre du nouvel ouvrage que vient de publier l'infatigable clinicien. L'homme de l'art y retrouvera l'unité de plan, la clarté d'exposition, la précision clinique, la hardiesse des innovations lumineuses et réfléchies, enfin l'élégante simplicité de style qui distingue les travaux du maître. Chargé, pour la seconde fois, de la tâche difficile d'analyser ce beau travail, nous nous efforcerons d'apporter dans ce compte rendu la rigoureuse exactitude et l'impartialité qu'exige la science.

Dès le début, au seuil même du livre, nous sommes arrêté par la signification aussi caractéristique qu'inattendue du titre. La spécificité appliquée aux maladies non tuberculeuses de la poitrine, affirme, en effet, une innovation doctrinale en pathologie générale. Cette proposition, que nous sachions, n'a pas été formulée encore d'une façon aussi officielle ; tout au plus a-t-elle été pressentie. Du reste, M. G. Sée a le talent de bien préciser les titres de ses ouvrages, et ce n'est pas un mince mérite. Que de titres diffus et vagues servent d'estampille à des volumes plus diffus et plus vagues encore ! D'un mot inscrit en tête de l'ouvrage il en indique l'objectif et en dénonce l'esprit doctrinal. Ainsi averti, le lecteur est renseigné d'avance sur le terrain où il va s'engager.

Le volume des maladies spécifiques est divisé en deux parties :

(1) 1 vol. in-8° de 521 pages avec planches. Adrien Delahaye, Emile Lecrosnier, éditeurs, 1885.

Maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon, à l'état aigu; Maladies spécifiques à marche chronique. La première partie comprend le groupe morbide des broncho-catarrhes et des pneumonies aiguës et implicitement des broncho-pneumonies décrites sous leurs modalités multiples. La gangrène du poumon termine la série.

La seconde partie du livre est consacrée à l'étude anatomo-pathologique, clinique et thérapeuthique des trois grands processus à marche lente, dont le poumon est susceptible de devenir le siège : la syphilis, le cancer, et les affections vermineuses et mycosiques. Bien que nettement distincts au point de vue de l'anatomie pure, et étudiés jusqu'à ce jour comme tels, ces deux grands groupes morbides reposent sur une seule et même base pathogénique avec la spécificité pour caractéristique morbide et le parasitisme pour cause. Désormais, grâce aux recherches expérimentales et cliniques établies par M. le professeur G. Sée, la médecine sortira des bornes étroites de l'anatomie où elle est restée cantonnée jusqu'à ce jour, pour entrer dans les voies plus larges des causalités.

L'auteur débute par une étude détaillée des bronchites aiguës qu'il divise au point de vue étiologique en 4 classes : bronchites banales d'origine purement thermique (*a frigore*); Bronchites primitives à caractère infectieux. Dans cette seconde classe autrement intéressante pour le médecin rentrent la grippe, maladie essentiellement épidémique, la coqueluche, manifestement contagieuse et la rougeole, à la fois contagieuse et épidémique; les broncho-catarrhes infectieux secondaires qui. sans présenter le caractère absolument broncho-pulmonaire, n'en sont pas moins susceptibles d'envahir les organes respiratoires; la variole, la fièvre typhoïde et certaines bronchites à caractère septique. liées à l'extrême faiblesse observée à la période ultime des profondes cachexies; enfin, les bronchites d'origine physico-chimique déterminées par des irritants locaux (gaz délétères, poussières, etc.), forment la quatrième classe. Nous appellerons tout spécialement l'attention sur le chapitre réservé à la grippe, dont M. G. Sée nous fait toucher du doigt, on peut le dire, la cause microphytique, le principe spécifique morbigène qu'il nous montre répandu à l'infini dans l'atmosphère que sa présence vicie, qui atteint indistinctement tous

les individus, sans tenir compte du sexe, de l'âge, du tempérament microbe cosmopolite évoluant indifféremment sous tous les climats et conservant invariablement un caractère épidémique. En cela il diffère du microphyte paludéen d'origine toujours tellurique, qui ne saurait se développer que dans les terrains marécageux où il se cantonne sans dépasser en étendue ou en hauteur des limites déterminées. Le jour où une technique plus puissante secondera les recherches microscopiques, nul doute que le parasite pressenti par M. G. Sée, et encore à l'état d'hypothèse, ne devienne une éclatante réalité.

Nous arrivons à la bronchite capillaire, désignation collective, mais trop vague, à laquelle l'auteur supplée en caractérisant l'affection d'après le calibre des bronches envahies par l'inflammation ; d'où trois types nosographiques : bronchite diffuse des bronches fines ; bronchiolite lobulaire ; alvéolite. Outre sa précision plus grande, cette division a l'avantage de faire cesser les divergences qui se sont produites sur l'indépendance de la bronchiolite et sa fusion avec la pneumonie lobulaire. Dans le cours de cet exposé, M. Germain Sée nous démontre par la logique des faits que l'obstruction des bronches ne saurait à elle seule expliquer la production et la propagation de la phlegmasie bronchique jusqu'aux alvéoles ; il faut nécessairement admettre l'intervention causale d'un agent spécifique, microphytique.

En somme, la bronchite capilllaire marque la transition entre l'affection bronchique réelle et la maladie pulmonaire. Mais on peut dire que cette transition est si peu accusée, si ménagée qu'il y a plutôt fusion entre ces deux classes morbides, d'autant plus facile à expliquer par les rapports immédiats de voisinage, une séméiologie commune. La broncho-pneumonie, qu'elle se présente avec la prédominance bronchique ou pulmonaire, est l'affirmation pathologique de cette phlegmasie transitoire. A l'exception de l'atelectasie signalée par Cadet de Gassicourt (1), nous ne pensons pas que l'auscultation la plus fine puisse trouver dans la broncho-pneumonie une altération pleno-stéthoscopique exclusivement propre à cette forme et qui ne relève pas aussi bien de la bronchite que de la pneumonie.

(1) *Traité clinique des Maladies de l'Enfance.* Cadet de Gassicourt, Paris, 1880.

Il résulte de ces considérations pathologiques que la bronchite capillaire et la pneumonie constituent deux phlegmasies si étroitement liées entre elles qu'on ne saurait les étudier séparément. La donnée justifie, du moins telle est notre pensée, la place que M. G. Sée donne aux bronchites dans un travail exclusivement destiné aux maladies franchement pulmonaires.

Dans cette première partie du livre, qui en est comme le brillant préambule, l'anatomo-pathologiste ne le cède en rien au clinicien.

(*A suivre.*)

Dr Cazenave de la Roche,
Médecin consultant à Menton.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

OBSTÉTRIQUE, GYNÉCOLOGIE ET PÉDIATRIE

Traitement de la sténose vaginale par une opération à lambeau ; par B. Crédé. — L'opération ordinaire pour la sténose est l'incision suivie de la dilation.

Le résultat, cependant, est souvent peu satisfaisant.

Dans le cas suivant, Crédé a exécuté une opération différente avec succès. La malade était âgée de 50 ans. L'entrée de son vagin avait la forme d'un coin, était rétractée, avec un petit orifice de 2 à 3 millimètres de large, à travers lequel une sonde pénétrait à la profondeur de 2 centimètres et demi. La vulve était légèrement enflammée, par place ulcérée. Par le rectum, on trouvait un utérus plus petit que normalement, rétrofléchi et attiré à gauche par des adhérences. La malade a eu un enfant à 34 ans et a souffert pendant des années de leucorrhée profuse. Elle se plaignait de douleurs lombaires, de douleurs portant sur la vessie et l'utérus. Elle était mélancolique. L'année précédente, le vagin avait été incisé des deux côtés, mais sans résultat persistant. Son état consistait alors dans une sténose vaginale acquise, avec déplacement de l'utérus maintenu par des adhérences. Que fallait-il faire ? L'incision ayant été

essayée et manquée, Crédé procéda de la façon suivante : il fit une incision à travers l'orifice fistuleux, sur la paroi gauche du vagin, en bas à travers la couche musculaire et en haut vers le col, libéra le col, au moyen d'une incision circulaire, des adhérences qui le maintenaient en bas et façonna un orifice de 5 centimètres. Afin de prévenir la réunion de cette incision, il disséqua ensuite un lambeau sur la grande lèvre gauche, s'étendant depuis le mont de Vénus jusqu'au périnée, ayant 6 centimètres de large sur 12 de long. Il libéra l'extrémité supérieure du lambeau, conservant l'extrémité périnéale comme pédicule, le fit pénétrer dans le vagin, sutura l'extrémité supérieure au col et les bords au vagin, bourra le vagin de tampons d'iodoforme, réunit les deux bords de la plaie de la grande lèvre au moyen de sutures, et la saupoudra d'iodoforme; enfin, il introduisit un catether de Schroeder dans la vessie. Les plaies internes et externes guérirent presque entièrement par première intention.

Au bout de trois semaines, la malade était complètement délivrée de ses douleurs, le vagin était large, on ne voyait plus les poils sur le lambeau vaginal, l'utérus pouvait être facilement mobilisé, mais il était encore déplacé en arrière et à gauche. La mélancolie de la malade était disparue, elle avait retrouvé la capacité de travailler. Un an après, elle était dans le même état. (*Amer. journ. of. Obst.*, January 1885, et *Arch. f. gyn.* XXII, 2).

D[r] Ad. Olivier.

Nouvel élément de diagnostic de la grossesse au début, par Hégar. — En pratiquant le toucher vaginal, mais mieux le toucher rectal un peu au-dessus du col utérin rigide, on arrive sur le segment inférieur et postérieur du corps de l'utérus, c'est-à-dire sur la partie immédiatement sous-jacente à l'insertion des ligaments sacro-utérins.

Cette partie de l'utérus présente une mollesse plus ou moins marquée, parfois telle qu'on peut se demander si l'on n'est pas sur une tumeur liquide à parois minces.

Cette mollesse, qui ne peut être simulée par aucun état pathologique de l'utérus, n'est pas constante au début de la grossesse ; mais quand elle existe, elle constitue un élément im-

portant pour le diagnostic de la gestation. (*Prat. Med. Woch.* et *Bulletin de Thérapeutique*, 30 janvier 1884.)

Le chlorhydrate de cocaïne contre les gerçures du sein, par le Dr A. Marfan. — Notre accouchée est à son troisième enfant ; elle a nourri les deux premiers et désire vivement allaiter le troisième. Mais, au troisième jour de l'accouchement, les deux mamelons présentent des fissures au niveau de leur base, à leur union avec l'aréole ; il existe en outre des érosions à leur sommet. L'allaitement devient alors tellement douloureux qu'on est obligé de faire nourrir l'enfant par la nourrice de service. Deux jours s'écoulent sans que la mère puisse donner le sein à son enfant ; au bout de ce temps, les seins sont tuméfiés, durs et douloureux.

La mère fait d'ailleurs observer que c'est surtout au début de la tétée que les succions sont douloureuses ; lorsque les succions se succèdent régulièrement, la douleur s'apaise un peu et devient supportable. Il s'agissait donc de supprimer les douleurs du début de la tétée, puisque, ces douleurs passées, l'allaitement devenait possible. C'est ce qui a suggéré l'idée à M. le Dr Audhoui d'employer la cocaïne. « Avec une solution au vingtième, nous badigeonnons le mamelon en repassant plusieurs fois le pinceau ; nous l'essuyons ensuite légèrement avec une compresse, et l'enfant est immédiatement mis au sein. » La mère nous dit alors qu'elle souffre bien un peu ; mais ce qu'elle ressent n'a rien de comparable avec les douleurs atroces qu'elle éprouvait auparavant. De huit heures du matin à huit heures du soir, elle a donné cinq tétées à son enfant ; elle n'a presque pas souffert. La tuméfaction et la dureté des seins ont disparu sous l'influence de l'allaitement. L'enfant ne manifeste aucune répulsion pour prendre le mamelon badigeonné, que nous avons eu soin d'ailleurs d'essuyer légèrement, ainsi que cela a été dit plus haut.

Au dire de la mère, l'anesthésie que nous avons pu provoquer surviendrait presque immédiatement après l'application et disparaîtrait au bout de une ou deux minutes. Nous avons pu nous assurer qu'elle disait vrai, en explorant la sensibilité du mamelon avec une épingle. (*Thérapeutique contemporaine.*)

L'asthme chez les jeunes enfants. — M. Chaumier (du Grand-Pressigny) lit sur ce sujet un travail dont voici le résumé :

L'auteur croit que l'asthme des jeunes enfants est plus fréquent qu'on ne pense. Presque tous les médecins d'enfants en ont vu quelques exemples. L'auteur a eu l'occasion d'en observer six cas chez des enfants dont deux n'avaient pas encore trois ans.

Mais il n'a jamais vu l'accès d'asthme classique, c'est-à-dire survenant brusquement la nuit et disparaissant le lendemain. Cette forme classique de la maladie serait plus rare qu'on ne croit, même chez l'adulte. C'est ainsi que, dans les cas observés par lui, la dyspnée persistait aussi bien le jour que la nuit il existait parfois un calme relatif, mais il y avait de temps en temps des paroxysmes, survenant peut-être plus fréquemment la nuit.

Dans toutes ces observations, l'asthme avait revêtu la forme catarrhale et pouvait être très facilement confondu avec une bronchite suffocante. L'examen attentif des organes a fait reconnaître que la dyspnée n'était due ni à la tuberculose des ganglions péribronchiques, ni à une maladie du cœur, ni à l'emphysème consécutif à une bronchite chronique.

Le traitement employé a été : l'iodure de potassium, les inhalations d'oxygène, d'iodure d'éthyle. C'est ce dernier qui a paru calmer le plus vite la dyspnée, sans amener pourtant un calme complet. Il doit être continué pendant longtemps, jusqu'à la guérison de l'asthme qui peut disparaître complètement de lui-même en laissant cependant quelquefois après lui une difformité du thorax et une gêne respiratoire d'origine emphysémateuse. (*Congrès de Blois*).

FORMULAIRE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

—

De la cocaïne comme anesthésique.

Il y a un axiome latin qui dit u'il est permis, en écrivant, de se romper. Dans le *Journal de médecine de Paris,* j'ai commis une erreur que je ne me pardonne pas.

Le 17 janvier dernier, j'y disais que la cocaïne n'avait jamais été

analysée ; si je m'étais donné la peine de me relire, j'aurais dit le contraire. Mais lecteurs ont déjà constaté que, plus d'une fois, j'ai eu l'occasion de parler de la cocaïne, qui fut découverte par Niemann, et, plus tard, fut un sujet d'étude toute spéciale pour Wœhler et Lassen. Oubliez donc ce *lapsus manu*, pour lire que M. Vulpian a présenté à l'Académie des sciences, de la part de M. Grasset, une deuxième note sur l'action anesthésiante de la cocaïne ; les premières expériences du professeur de Montpellier avaient porté sur des chiens et des singes ; les secondes ont été faites chez l'homme.

Un centigramme de chlorhydrate de cocaïne produit chez l'homme une zone d'anesthésie cutanée complète, sans phénomènes généraux et avec des suites locales insignifiantes. Cette anesthésie dure un temps suffisant pour qu'on puisse faire un certain nombre d'opérations chirurgicales sans déterminer aucune douleur.

Si on désire appliquer ce moyen pour l'anasthésie opératoire locale, il sera bon d'injecter 0.1 à 0,2 centigrammes au moins, de faire arriver le liquide juste au-dessous de la région que l'on veut inciser et d'opérer cinq à dix minutes après l'injection.

Le docteur Fraenkel donne les proportions suivantes de la cocaïne pour faire des badigeonnages anesthésiants.

Chlorhydrate de cocaïne	1 partie.
Eau distillée..........	3 —
Alcool rectifié..........	2 —

Eviter de filtrer la solution ou d'y adjoindre des acides. Le nombre des badigeonnages doit s'élever à trois ou quatre, suivant la susceptibilité individuelle du sujet. Il faut avoir soin de bien déterger la muqueuse avant l'application du topique.

Le docteur Fraenkel conclut que ce médicament peut être utilisé pour les cautérisations internes des muqueuses vulvaire et vaginale, dans les cas de vulvite et vaginite blennorrhagiques.

Le docteur Théophile Auger a employé le chlorhydrate de cocaïne pour badigeonner l'orifice vulvaire en solution à 2 % pour amener l'anesthésie de la vulve et la possibilité de l'examen au spéculum qui était auparavant des plus douloureux.

—

Teinture de coca opiacée

(*Elixir calmant*).

Teinture de coca	100 gr.
Extrait de thébaïque.....	1 —

Laissez en contact en vase clos jusqu'à dissolution, filtrez une cuillerée à café dans une tasse d'infusion d'espèces thébaïques. — Pour l'usage externe.

Stanislas MARTIN.

VARIÉTÉS

—

Clinique des maladies des femmes a l'Hôtel-Dieu. — M. *Gollard*, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra ses *Leçons de clinique des maladies des femmes*, le mardi 17 mars 1885.

Tous les jours, exercices cliniques, salle Ste-Marie.

Le jeudi, consultation avec examen au spéculum.

Le mardi et le samedi, Leçon dans l'amphithéâtre Desault.

Cours d'accouchements et de manœuvres. — M. le Dr Verrier, préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de médecine, recommencera son cours le lundi 16 mars prochain, à 5 heures 1/2, à son amphithéâtre, 6, rue du Pont-de-Lodi. Il le continuera tous les jours à la même heure, le jeudi excepté.

Le cours sera terminé pour le 1er mai. On s'inscrit chez M. Verrier, 129, rue St-Honoré.

Dispensaire de salubrité. — M. le Dr *Brouly* vient d'être nommé médecin adjoint au dispensaire de salubrité.

Concours pour l'adjuvat. — Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira le jeudi 23 avril 1885, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. Tous les élèves de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription sera ouvert, au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du *lundi* 9 *mars* au *mercredi* 15 *avril* inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1885 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1889.

L'Exposition du travail, qui aura lieu prochainement au Palais de l'Industrie à Paris, se propose de constituer une des plus intéressantes expositions industrielles de notre époque,

Le caractère d'éducation professionnelle, l'opportunité et l'utilité de cette œuvre, lui ont valu le sympathique patronage de Messieurs les Ministres du commerce, de l'Instruction publique, des Travaux publics. Nombre de membres du Parlement, de notabilités commerciales ou scientifiques, de Chambres syndicales, ont voulu donner l'appui de leur nom ou de leur participation à cette grande manifestation, la dernière de ce genre qui se célébrera avant 1889.

Toutes les sections y auront leur attrait spécial; toutefois, la branche de l'hygiène, sur laquelle les préoccupations générales sont fixées en ce moment, semble devoir acquérir une importance exceptionnelle. Les progrès scientifiques, les nouveaux procédés dont elle bénéficie, ont besoin de s'affirmer devant le public, devant les hommes du métier.

Ces raisons ont fait prendre à la Direction la détermination de réserver à l'Hygiène un emplacement considérable et de constituer particulièrement pour cette classe un Comité de patronage dont la haute compétence ne saurait être discutée.

En voici la composition : Président : M. Paul Bert, député, membre de l'Institut.— Membres : M. le Dr de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades ; M. le Dr Passant, membre fondateur de la Société française d'hygiène, membre du *Sanitary-Institute* de la Grande-Bretagne ; M. le Dr Bertherand, membre correspondant de l'Académie de médecine ; M. Ferrand, rédacteur de l'*Union pharmaceutique* ; M. Champigny, pharmacien ; M. Chevrier, pharmacien ; M. Limousin, pharmacien ; M. Subert (Maison Dubosc), fabricant de produits chimiques ; M. Coutela, droguiste ; M. H. Galante, fabricant d'ins-

truments de chirurgie. ; M. Joulie, pharmacien de la *Maison Dubois*, fabricant de produits chimiques agricoles.

M. Louis Bourne, directeur du journal « *Le Travail* », RUE DE PROVENCE, 2, a été nommé COMMISSAIRE, chargé de l'installation de la classe, et c'est à lui que nous engageons nos lecteurs à s'adresser pour les demandes d'admission et pour tous renseignements.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 *mars* 1885. — Présidence de M. J. BERGERON.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Decaisne (de Bruxelles), membre correspondant étranger.

M. POTAIN lit, de la part de M. Bernheim (de Nancy), une note sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'antipyrine.

Inclusion fœtale testiculaire. — M. CORNIL communique en son nom et au nom de M. Berger un cas d'inclusion fœtale.

De l'accroissement de la population en France. — M. FOURNIER affirme que dans notre pays l'infécondité volontaire est aujourd'hui un fait commun, passé dans nos mœurs, surtout dans la classe bourgeoise et dans la classe aristocratique, beaucoup plus que dans la classe pauvre.

Le faible accroissement de la population tient à la faible natalité et à la trop grande mortalité. Il est difficile de faire quelque chose pour augmenter la natalité de notre pays. Tous les discours des médecins modifieront peu les habitudes. Il est plus facile de chercher à diminuer la mortalité du jeune âge. Or, on ne parviendra à diminuer cette mortalité qu'après en avoir déterminé les causes complexes.

Il est une cause de mortalité qui affecte spécialement le jeune âge et qui joue le rôle d'une véritable cause de dépopulation. C'est la syphilis.

La syphilis est éminemment meurtrière pour la jeunesse. M. Fournier apporte 200 observations personnelles, toutes relatives à des pères syphilitiques et à des mères indemnes, toutes recueillies dans la pratique privée ; elles portent tantôt sur des cas où les malades ne se sont mariés qu'après un long traitement et tantôt sur les cas où le traitement avait été nul ou de très courte durée.

Sur 403 grossesses, il y a eu 288 enfants vivants et 115 enfants morts. Cela fait plus d'une mort sur 4 naissances.

Lorsque dans un ménage la mère est syphilitique, la mortalité est effroyable. On connaît déjà la prédisposition des femmes syphilitiques à l'avortement et à l'accouchement prématuré. L'influence de la syphilis se fait sentir par dessus plusieurs grossesses. M. Fournier cite une dame qui a eu de la sorte 11 avortements en dix ans et qui plus tard amena à terme un enfant vérolé. Un jeune ménage commence par avoir trois enfants superbes, puis le mari, dans une mésaventure extraconjugale, contracte la syphilis et la communique à sa femme. Cette femme a ensuite sept grossesses qui se terminent par trois avortements et quatre enfants morts.

L'influence de la syphilis se manifeste encore après la naissance pour aboutir à une mortalité considérable. Un enfant conçu par une femme atteinte de la syphilis depuis moins d'un an est presque forcément condamné à mourir.

Sur 48 grossesses chez des femmes syphilitiques, il y a eu 43 morts. Si la syphilis restait aussi meurtrière à toutes ses périodes, aucune autre cause ne pourrait lui être comparée comme dépopulation.

Cent femmes syphilitiques à différentes périodes ont eu 208 grossesses ; il y a eu 60 survies, contre 148 morts ; cela fait une mortalité de 71 %, et cette statistique concerne uniquement des malades de la clientèle privée ; or, on sait que la syphilis est toujours moins grave dans la classe aisée que dans la classe ouvrière.

A l'hôpital le chiffre de mortalité s'exagère encore. M. Fournier a trouvé 86 enfants morts sur 100 grossesses, à Lourcine. On peut dire à cela que Lourcine offre une population spéciale, qui craint peu l'avortement et ne prend aucune précaution pour l'éviter. Mais à Saint-Louis, dont le public féminin est beaucoup plus relevé, M. Fournier a eu, sur 148 grossesses, 125 enfants morts. La différence n'est pas grande.

Il y a des cas où la syphilis fait table rase dans les familles et où il y a autant de décès que de naissances. M. Ribemont-Dessaignes, accoucheur des hôpitaux, a vu une femme qui a eu 19 grossesses et 19 morts. Il n'est donc pas exagéré de dire que la syphilis tient une large place parmi les causes de la dépopulation.

M. Fournier a tenu à faire la somme des statistiques fournies par d'autres auteurs. Il a trouvé un total de 491 femmes donnant 102 enfants vivants contre 389 enfants morts. Cela fait 77 enfants morts sur 100 ; cela est donc bien conforme à sa statistique personnelle.

La moyenne de ces statistiques donne 68 enfants morts sur 100, dans les familles syphilitiques, et cela en tenant compte de tous les cas. La syphilis joue donc un rôle fort important parmi les facteurs de la dépopulation.

Ce qu'il faudrait réaliser pour atténuer cette cause de mortalité, ce serait : 1° mieux nous défendre contre la syphilis ; 2° mieux la traiter, et 3°, enfin, nous montrer plus sévères que nous ne le sommes en général au point de vue des mariages de syphilitiques.

1° Nous nous protégeons insuffisamment contre la syphilis. Les prescriptions administratives actuellement encore en vigueur sont attaquées de toutes parts. On meurt de la vérole à tout âge. Cependant, dans le Bulletin statistique de la ville de Paris, qui paraît chaque semaine, on ne voit même pas figurer le mot syphilis. Le comité consultatif d'hygiène est également muet. Les traités d'hygiène ne disent rien ou presque rien de sa prophylaxie. Le conseil municipal de Paris a eu, il y a trois ans, la velléité de s'occuper de cette question, mais il n'a pas continué.

2° Pour atténuer les désastres de la mortalité syphilitique, il faut que la syphilis soit mieux traitée. En effet, la plupart des observations d'avortement sont relatives à des malades qui s'étaient insuffisamment traités. Ce n'est pas exagéré que d'exiger d'un syphilitique plusieurs années de traitement.

3° Tous les malades ne consultent pas leur médecin au sujet de leur mariage, mais beaucoup de médecins sont trop tolérants lorsqu'on vient les consulter loyalement à ce sujet.

En général, il ne faut pas permettre le mariage avant que le malade ne se soit soigné pendant trois ou quatre ans.

En terminant, M. Fournier formule les deux propositions suivantes:

1° La syphilis constitue une cause puissante de mortalité infantile qu'on peut évaluer à 68 %.

2° Les moyens propres à diminuer cette cause de mortalité infantile sont de deux ordres : les uns d'ordre purement médical, les autres, relevant de l'hygiène publique, sont au pouvoir de l'administration et des conseils d'hygiène.

M. LE PRÉSIDENT tient à dire que ce comité est purement consultatif et qu'il n'a pas droit d'initiative, qu'il ne peut délibérer que sur les questions pour lesquelles il est consulté. Mais ce que le couseil d'hygiène ne fait pas, l'Académie peut le faire, et M. le président propose de mettre à l'ordre du jour, pour une prochaine séance, l'influence de la syphilis sur la dépopulation et les moyens d'en atténuer les effets.

M. LUNIER. Tous les statisticiens qui ont étudié le taux de l'excédent des naissances depuis cinquante ans ont montré que ce taux diminuait constamment, alors qu'il augmentait dans les pays voisins.

M. ROCHARD trouve que l'on ne peut pas dire que la France n'est pas une nation colonisatrice, alors que le monde entier est couvert des superbes colonies que nous avons créées, colonies que nous avons dû abandonner pour la plupart, comme le Canada et la Louisiane.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 février 1885. — Présidence de M. DUPLAY.

Hématose de la région fessière. — M. FOLLET (de Lyon) adresse l'observation d'un homme de trente-trois ans qui portait sur la fesse gauche une tumeur grosse comme une tête d'adulte, mollasse et pendante, sans rougeur à la peau, présentant en un point une ulcération qui laissait suinter un liquide incolore. En 1865, cet homme, étant très chargé, fit un violent effort pour se redresser ; il ressentit aussitôt une vive douleur, due probablement à une rupture musculaire. Quelques semaines après apparaissait une tumeur du volume d'un œuf de poule, devenant peu à peu indolente et augmentant de volume sans déterminer de douleur.

M. Follet pratiqua une opération qui consista à circonscrire un lambeau de peau pour l'exciser, à ouvrir largement le kyste et à le décortiquer plus ou moins complètement. La décortication profonde fut très laborieuse ; il y avait une vascularisation considérable ; on rencontra une grosse bride fibreuse, analogue à un pédicule de kyste. Il y avait un prolongement tubulaire épais se reliant à une poche profonde encore ignorée. On appliqua un drainage et on fit la suture. Le malade a guéri.

Amputation sous-périostée. — M. NICAISE fait un rapport sur une communication de M. Robert relative à un cas d'amputation sous-périostée. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-sept ans qui portait une tumeur blanche suppurée du genou gauche. M. Robert pratiqua l'amputation de la cuisse alors que déjà le malade était en pleine septicémie. Il succomba trente-six jours après l'opération. L'autopsie montra qu'il avait succombé à l'infection purulente. La plaie était cicatrisée au moment de la mort. M. Robert avait conservé une manchette périostique ; il trouva, à l'autopsie, des ostéophytes, le canal médullaire oblitéré et le périoste rétracté. Il conclut contre les amputations sous-périostées.

Fistule stercorale permanente. — M. PÉRIER a présenté au mois de décembre un malade dont voici l'observation résumée : Il s'agit d'un domestique, âgé de vingt-quatre ans, qui depuis l'âge de trois ans portait une hernie inguinale gauche. Cette hernie fut maintenue par un bandage jusqu'à l'âge de quatorze ans ; puis elle fut abandonnée à elle-même. Jamais elle n'était complètement réduite.

Le 18 juin 1883, après une indigestion, le malade sentit un craquement dans sa hernie qui en même temps augmenta de volume. Il présenta tous les signes de la hernie étranglée classique. Pendant deux mois il n'eut aucune évacuation, même gazeuse, et eut des vomissements fécaloïdes. Après deux mois s'établit une fistule avec sphacèle étendu. Trois mois après, il se fit une ouverture au dehors ; quelques matières passèrent par l'anus. Mais il restait une fistule stercorale.

Les bords libres de la fistule sont avivés et suturés à la peau. Une incision inguinale, circonscrivant la fistule, permet de mobiliser l'intestin sans ouvrir la péritoine. Une suture intestinale faite avec du fil de soie, sans traverser la muqueuse, assure un contact plus étendu et plus serré.

La fistule est serrée avec renversement des bords en dedans. Un second rang par-dessus, tout à fait semblable, comprenant la plaie fibreuse dissociée. Lavage avec la liqueur de Van Swieten ; protective, etc. Des gaz passent par l'anus le même jour. Peu de temps après, évacuation par l'anus ; rien par la plaie ; réunion complète ; plus de pansement le huitième jour. Une hernie intestinale existe au-dessus de la cicatrice qui exige un bandage spécial. Ce malade est aujourd'hui complètement guéri.

M. Périer relève dans cette observation ce fait intéressant de l'évolution spontanée d'une hernie étranglée et de la longueur extraordinaire de cette évolution.

Fistule stercoro-purulente ; suture intestinale. — M. Bouilly communique l'observation d'une jeune fille de vingt ans qui entra à la Charité dans le service de M. Trélat. Depuis l'âge de trois ans, elle a des accidents du côté de la paroi abdominale, abcès, fistules ombilicales, fistule stercorale vers l'âge de quatorze ans.

Opération : La région malade ayant été bien minutieusement nettoyée, la malade ayant été soumise à une diète presque absolue de quarante-huit heures, M. Bouilly se proposait de fendre largement le trajet intermédiaire aux deux fistules, de découvrir l'orifice, de suturer ou de laisser granuler. Il écartait la résection intestinale comme trop dangereuse. Il pratique l'opération le 13 octobre 1884 ; il fend le trajet, trouve une perforation intestinale admettant la pulpe de l'index dans les deux sens. Un petit pont de 7 à 8 millimètres sépare une seconde perte de substance semblable. Le péritoine pariétal est très épaissi. M. Bouilly pratique une suture latérale ; il dissèque les adhérences pour mobiliser les bords, et fait six points de suture avec du fil de soie. Le contact est assez difficile à cause de l'induration. La plaie des parties molles est laissée largement béante ; le trajet est gratté. Lavages phéniqués, pansement à l'iodoforme.

La malade est prise de vomissements qui durent deux jours. Le 15 octobre, pansement ; la suture a cédé largement. Etat général inquiétant, hébétude profonde. Température, 39 degrés. M. Bouilly craint une péritonite ; mais le ventre est souple, les vomissements ne sont point péritonéaux. Le 16, l'hébétude persiste ; la température oscille entre 38 et 39 degrés. Il y a un écoulement abondant

de matières intestinales. Le 17, température, 39°,8 ; vomissements. Mort à huit heures du soir.

M. Bouilly pensa à une péritonite par pénétration des matières. Il ne put faire qu'une autopsie partielle ; il trouva des adhérences anciennes très solides ayant prévenu toute effusion possible ; pas de péritonite. Il n'y avait pas de traces de sutures. Les sutures latérales étaient illusoires à cause de la largeur. Il aurait fallu une dissection étendue très pénible, même sur le cadavre. La résection totale aurait seule pu amener la guérison, mais c'est une grave opération, surtout quand il y a des adhérences si étendues.

Quelle était, dans ce cas, la nature de la perforation ? Quelle est la cause de la mort ? Probablement une affection latente, cérébrale ou autre, réveillée par le traumatisme. Il est à regretter que l'autopsie n'ait pu être complète. Les accidents ne sauraient être attribués à la gaze iodoformée, puisqu'il y a eu une élévation de température.

M. Berger fait observer que la précaution, fort sage d'ailleurs, prise par M. Bouilly, de ne pas réunir la plaie superficielle, condamnait presque certainement à l'insuccès, la suture n'étant pas assez soutenue. Il est bien difficile de comprendre, en effet, qu'une suture intestinale puisse tenir dans ces conditions.

M. Verneuil félicite M. Berger de n'avoir pas réuni superficiellement, car il aurait eu fatalement un phlegmon stercoral.

M. Duplay dit que les opérations faites directement sur l'intestin, dans le cas de fistules stercoro-purulentes, ne réussissent pour ainsi dire jamais. Au contraire, il a obtenu trois succès en avivant le trajet au thermo-cautère. La résection était seule possible, dit M. Bouilly, mais cette opération n'était pas proportionnée aux accidents à combattre. M. Julliard (de Genève) l'a faite une fois avec succès ; mais ce n'est pas un exemple à suivre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 *février*. — Présidence de M. Delthil.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le Président annonce la mort de M. Mallez, ancien Président de la Société. Il paye un tribut de regrets au défunt, et prie le secrétaire général de prendre les mesures nécessaires pour que la Société soit représentée aux obsèques.

M. Gillet de Grandmont, Secrétaire général, procède au dépouillement de la correspondance qui comprend, outre les journaux habituels, 1° une brochure imprimée sur **les climats froids appliqués au traitement de la phthisie pulmonaire**, par M. Cazenave de la Roche, 2° une demande, avec pièces à l'appui, de M. le Dr Dubays de Lavigerie, au titre de membre associé.

Une commission, composée de MM. Danet et Tolédano, rapporteur, est chargée de faire un rapport sur cette demande.

M. Jolly présente une brochure qu'il a communiquée, à l'Association française pour l'avancement des sciences (Con-

grès de Rouen de 1883) et qui a pour titre : **De la fonction primaire des phosphates chez les êtres vivants**.

M. Duchesne fait une communication verbale sur l'**antipyrine.** C'est, dit-il, un phénol qui rend de sérieux avantages ; il a pour effet d'abaisser la température de 2 ou 3 degrés. MM. Huchard et Dujardin-Beaumetz sont les médecins français qui ont expérimenté les premiers ce médicament. Ils le donnaient tout d'abord à des doses massives variant de 2 à 6 grammes par jour. Plus tard ils ont reconnu que la dose de 1 gramme était suffisante. L'antipyrine est facile à prendre ; il est soluble dans l'eau et dans l'alcool et d'un prix abordable (75 centimes le gramme). Il rend service surtout dans la troisième période de la phthisie. M. Duchesne cite l'exemple d'un malade qui ne dormait pas et qui a recouvré le sommeil depuis l'emploi du médicament à la dose de 1 gramme. Il présente cependant un inconvénient ; c'est d'occasionner des sueurs profuses. M. Duchesne a remarqué que, pris en 3 fois il produisait bien des sueurs, et en quatre fois, il n'en occasionnait pas. L'abaissement de la température a lieu au bout de deux heures. M. Duchesne conclut en engageant la Société à employer ce médicament à des doses raisonnables et il croit qu'on en retirera des bénéfices réels.

M. Limousin. — A l'heure qu'il est, la Société française des produits pharmaceutiques possède le médicament. On peut donc l'obtenir facilement. M. Petit l'a en outre préparé dans son laboratoire. Il y a des sophistications pour se soustraire à la nécessité de passer par les mains de celui qui a obtenu le brevet. Le réactif le plus sensible est le perchlorure de fer.

Certains journaux ont signalé la présence d'éruptions diverses à la suite de l'absorption de ce médicament. Cela tient sans doute à la dose trop considérable que l'on employaitau début.

A une question posée par M. Larrivé sur le mode d'emploi de l'antipyrine, M. Duchesne répond qu'il le prescrit en paquets dissous dans l'eau.

M. Gillet de Grandmont. — Comme dérivé du phénol, l'antipyrine doit avoir des effets antiseptiques. C'est ainsi que je l'ai employé comme pansement dans les affections de l'œil, cataracte, iridectomie, etc. Il n'occasionne aucune irritation à la peau, il cause une légère cuisson passagère au cul-de-sac conjonctival. Quant à la diminution des secrétions, on ne peut encore se prononcer à cet égard. Comme antiseptique, l'antipyrine a une action réelle. Un morceau de viande placée pendant sept jours en contact avec une solution au 20e de ce médicament et à une température à peu près constante, s'est conservé intact et ne donne aucune espèce d'odeur.

M. Gillet de Grandmont met sous les yeux de la Société la viande ainsi conservée et engage les membres à continuer les expériences dans ce sens.

M. Tolédano. — Je ne comprends pas qu'un médicament pris en trois fois dans la journée occasionne des sueurs, et qu'en quatre fois il n'en procure pas.

M. DUCHESNE. — C'est un fait d'expérience. J'ajoute que l'antipyrine n'a aucune action sur l'estomac et il passe très rapidement dans les urines.

M. LIMOUSIN. — Il serait très intéressant de faire des expériences comparatives avec le sulfate de quinine au point de vue de l'antiputridité et de savoir dans quelle mesure l'antipyrine serait plus avantageuse que le sulfate de quinine et autres antiputrides semblables.

M. GILLET DE GRANDMONT. — Le sulfate de quinine est un antiputride excellent et qui est employé fréquemment soit en injections dans les vaisseaux, soit d'un autre façon, dans le cas de conservation de pièces anatomiques.

M. LIMOUSIN. — L'antipyrine étant neutre, il serait plus avantageux de l'employer en injections que le sulfate de quinine qui a besoin d'être acidulé.

M. DELTHIL. — Avec l'antipyrine, observe-t-on des phénomènes cérébraux et de la diarrhée, comme avec le sulfate de quinine ?

M. DUCHESNE. — Jusqu'à présent, on n'a observé que des nausées.

M. CAMPARDON. — M. Huchard a employé ce médicament comme antihémorrhagique à la dose de 2 grammes, et moi-même j'ai pu arrêter une hémorrhagie post-partum qui avait résisté à l'ergotine.

M. CAMPARDON présente un travail sur l'**Hamamelis virginica**. Ce médicament produit des étouffements, des troubles de la vue et de la circulation. Le pouls devient fréquent, puis s'arrête. Il en est de même du cœur. On administre ce produit sous forme de teinture. Quand on ne dépasse pas certaines doses, il ne produit pas d'accidents.

Le Président remercie M. Campardon de sa communication.

M. DANET. — M. Campardon a communiqué à la dernière séance des observations sur la teinture de thym. J'ai fait moi-même des expériences sur ce médicament et les résultats ne sont pas aussi brillants que ceux de M. Campardon. Dans la blennorrhagie particulièrement, les insuccès ont été complets. Je continuerai, du reste, ces expériences.

Le Président fait part à la Société d'une lettre du maire du 6e arrondissement la priant de prendre des billets de bal au profit de la caisse des écoles. La Société décide qu'elle prendra deux billets.

M. GILLET DE GRANDMONT fait une communication sur la **nécessité d'une numération commune dans l'optométrie**. (Sera publié.)

M. VIGIER présente un taffetas aseptique. Ce taffetas se dissout dans l'éther et un peu dans l'alcool. C'est un celluloïde résineux.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire,
Dr TOLÉDANO.

CLINIQUES DES HOPITAUX

Ce tableau a été préparé par les soins de M. le Dr H. CELLARD.

édecins et Chirurgiens. — Heures de visite.	Salles.	Jours de consultation.	Opérations, examen au spéculum, laryngoscope, etc.	Leçons cliniques.
G. Sée, méd., 9 h.	St-Christophe, Ste-Jeanne, St-Joseph.	Mardi.		Lundi et v.
ucquoy, med., 8 h. 1/2.	St-Charles, Ste-Madeleine.	Samedi.		
outard-Martin, m., 9 h.	St-Augustin, Ste-Monique.	Mercredi.		Jeudi.
allard, méd., 9 h. 1/2.	St-Louis, Ste-Marie.	Jeudi.	Spéculum jeudi.	Mardi et s.
ulpian, méd., 9 h.	St-Denis, Ste-Martine.	Vendredi.		
mpis, méd. 7 h. 1/2.	St-Thomas, Ste-Anne.	Lundi.		
ichet, chir., 9 h.	St-Jean, St-Landry, Notre-Dame.	L. mercr. v.		Mard. s.
illaux chir., 9 h.	St-Côme, Ste-Marthe.	Mardi j. s.		L. mer. et v.
anas, opht., 10 h.	St-Julien, Ste Agnès.	tous les j.		L. vendr.
ardy, méd., 9 h.	St-Charles, Ste-Anne.	Mercredi.	Spéculum vendr.	Mardi sam
eter, méd., 9 h	Ste-Madeleine, St-Jean-de-Dieu.	Vendredi.		
aboulbène, méd., 9 h.	Ste-Marthe, St-Michel.	Lundi.	Spéculum mercr.	
esnos, méd., 9 h.	St-Félix. St-Vincent.	Jeudi.	Spéc. mardi.	
uys, méd., 9 h.	Ste-Julie, St-Basile, St-Louis.	Samedi.	Spéculum jeudi.	
éréol, med., 9 h.	St-Joseph, St-Ferdinand.	Mardi.		
rélat, chir., 9 h.	Ste-Vierge, Ste-Catherine.	Mardi j. s.	Lundi mercr. v.	L. mercr. v.
esprés, chir., 9 h.	Ste Rose, St-Jean.	L. mercr. v.		
udin, accoucheur, 9 h.	Ste-Marie.	tous les j.		
accoud, méd., 8 h. 1/2	Jenner, Laennec.	Mercredi.	Jeudi l. au lit du mal	Mar. j. et s
umontpallier, m. 8 h. 1/2	Valleix, Serres.	Mardi.	Speculum jeudi.	
ancereaux, méd. 8 h.	Piorry, Lorain.	Jeudi.	Spéculum sam.	Jeudi.
rouardel, méd., 8 h. 1/2	Trousseau, Rayer.	Lundi.	Spéculum mardi.	
ornil, méd., 8 h 1/2.	Grisolle, Rostan.	Vendredi.	Spéculum jeudi.	
udhoui, méd., 9 h.	Cruveilhier (accouc.), Monneret.	Samedi.	Spéculum jeudi.	Jeudi.
erneuil, chir., 9 h. 1/2.	Michon, Lisfranc.	Mardi j. s.		L. mercr. v.
olaillon, chirur., 8 h. 1/2.	Gerdy, Broca.	L. merc. v.	Mardi jeudi sam.	
otain, méd., 8 h. 1/2.	St-Luc, Ste-Adélaïde, la Terrasse.	Jeudi.	Spéculum samedi.	Lund. vend.
igal, méd., 9 h.	St-Ferdinand, Ste-Anne.	Mardi.	Spéculum vendredi.	
rancher, méd., 9 h.	St-Louis, Ste-Thérèse, Ste-Eugénie.	Lundi.	Spéc. verdredi	
endu, méd., 9 h.	St-Jean, Ste-Eulalie.	Mercr.	Spéc. samedi.	
efort, chir., 9 h.	St-Pierre, Ste-Marie.	L. mercr. v.	Mardi, jeudi, sam.	Mardi jeud.
uyon (voies urin.). 9 h.	St-André, Ste-Cécile, St-Vincent.	Mardi, j. s.	Mercredi, sam.	
ajot, 8 h. 1/2.		Jeudi.	Spéculum jeudi.	Mardi, j. s.
uraud, méd., 9 h. 1/2.	Arran, Rostan (varioleux).	Jeudi.	Spéculum, lundi.	
ulafoy, méd., 8 h. 1/2	Louis, Andral, Barth.	Mercredi.	Spéc. mardi, sam.	
aymond, med., 9 h.	Corvisart, Marjolin, Roux (crèche).	Samedi.	Spéculum samedi.	
andrieux, méd., 9 h.	Broussais, Lorain.	Dimanche.	Laryngosc. lundi.	
ayem, méd., 8 h. 1/2.	Magendie, Grisolle.	Lundi	Spéculum vendredi.	
esson, méd., 9 h.	Axenfeld, Nélaton.	Vendredi.	Spéculum mardi.	
esnet, méd., 9 h.	Chomel, Bichat, Malgaigne.	Mardi.	Spéculum jeudi.	
elens, chir., 8 h. 1/2.	Dupuytren, Velpeau, Lisfranc.	Mardi j. s.	Opérat. mercr.	
érier, chir., 8 h. 1/2.	Broca, Cruveilhier, Blandin.	Lundi m. v.	Mercred. ophth.	
odey, méd., 8 h. 1/2.	Ste-Claire, St-Jérôme,	Lundi.	Spécul. sam.	Mercredi.
guet, méd., 9 h.	Ste-Joséphine, St-Vincent.	Vendredi.	Spéculum mercr.	
chard, méd., 9 h.	Ste-Mathilde, St-Landry.	Jeudi.		
Paul, méd., 9 h.	Ste Elisabeth, St Henri.	Mercredi.		
ust, med., 9 h.	Ste-Marie, St-Charles	Mardi.	Laryng. t. les jours	
in-Roze, m., 8 h. 1/2.	Ste-Geneviève, Ste-Marthe (bis).	Samedi.		
play, chir., 8 h. 1/2.	Ste-Marthe, St-Ferdinand, St-Honoré.	L. mercr. v.	Oper. mercrdi.	Mar. et sam.
Anger, chir., 8 h. 1/2.	Ste-Jeanne, St-Louis, St-Augustin.	Mardi j. s.	Opér. mer.	
ard, accouch., 9 h.	Ste-Anne.			
ard, méd., 8 h.	St-Louis, Ste-Marthe.	Vend. lundi.	Spéc. jeudi.	
yot, médecin, 8 h.	Ste-Claire, St-François.	Mard. sam.		
ault, méd., 8 h.	Beaujon, Ste-Monique.	Lundi jeudi.		
et, méd., 8 h.	St-Jean, Ste-Hélène.	Mercr. sam.		
Léon), chir., 8 h. 1/2.	2e pavillon, Ste-Agathe.	L. mer. v.	Spéc. jeudi samedi, opérat. mardi.	Mardi.
ellier, chir., 8 h.	Ste-Clotilde, 1er pavillon.	Mardi j. s.	mercredi.	
nt, acc., 9 h.	Ste-Paule.			
er, méd., 8 h. 1/2.	St-Jean, St-Philippe. Ste-Marie.	L. mercr. v.	S éculu	Mardi vend.
rdin-Baumetz, méd.	Chauffard, Woillez, Bau, Briquet, Blache.	Mardi j. s.	p m jeudi.	L. mercredi
Anger, ch., 10 h.	St-Jacques, Cochin, baraques.	tous les jours	Mardi jeudi, samed.	Mardi jeudi
band, acc., 8 h. 1/2.	Service d'accouchements.			Jeudi.

CLINIQUES DES HOPITAUX.

	Médecins et Chirurgiens. — Heures de visite.	Salles.	Jours de consultation.	Opérations, examens au spéculum, laryngoscope, etc.
Tenon.	Danlos, méd., 9 h.	Bichat, Magendie, Laennec.		
	Strauss, méd., 9 h.	Andral, Béhier, Claude Bernard.	Lundi.	
	Troisier, méd., 8 h. 1/2.	Gerando.	Mercredi.	
	Landouzy, méd., 8 h. 1/2.	Lelong, Bouillaux, Valleix (crèche).	Mardi.	Spéculum vendr.
	Moutard-Martin, méd., 9 h.	Lerain, Parrot, M. Raynaud.		
	Hanot, méd., 9 h. 1/2.	Bichat, Couverchel, Tenon (varioleux).	Jeudi.	
	Dreyfus-Brissac, m., 9 h.		Samedi.	Spéculum samedi.
	Lacombe, méd., 9 h.	Tenon (varioleux), Couverchel.	Vendredi.	
	Gilette, chir., 9 h.	Dupuytren, Monthyon, Seymour.	Mardi j. s.	Opér. lundi, mercr.
	Lucas-Championnière.	Velpeau, Nélaton, Boyer Wallace Lisfranc	L. mercr. v.	Opérat. mardi jeudi
	Maygrier, acc., 9 h. 1/4.	Baudelocque.	Lundi et j.	
Laënnec.	Ball, méd., 9 h.	Béhier, Broca, Piorry, etc.	Lundi vend.	
	Damaschino, 9 h.	Trousseau, Bayle, Louis, etc.	Mardi sam.	
	Ferrand, méd., 8 h. 1/2.	Legroux, Cruveilhier, Quesnay, etc.	Mercr. vend.	
	Legroux, méd., 9 h.	Cl. Bern., Grisolle, Chomelle. Rostan.	Jeudi.	Spéculum lundi.
	Nicaise, chir., 8 h. 1/2.	Malgaigne. Chassaignac, Boyer.	tous les jours	Spéculum vendredi.
Bichat	Huchard, méd., 9 h. 1/2.	Andral, Récamier.	L. mercr.	Spéculum vendredi.
	Gouguenheim, méd., 9 h.	Louis, Bazin.	Mardi et v.	Laryng. l. merc. j. s.
	Terrier, chir., 9 h.		tous les jours	L. Mar., m., j. et v.
Trousseau.	Triboulet, méd., 8 h.	Barrier, Blache, pavillon Bretonneau.	Lundi jeudi	Teigne le mardi.
	D'Heilly, méd., 8 h.	Valleix, Bouvier, Gilette,	Mercr. sam.	Teigne le mardi.
	Cadet de Gassicourt, 8 h.	Legendre, Lugol, Bazin.	Mardi vend.	Teigne le samedi
	Lannelongue, ch., 8 h.	Denonvilliers, Giraldes.	tous l. jours.	(exc. dim. et fêtes.)
Enf.-malades.	Grancher, 9 h.	St-Thomas, Ste-Geneviève, Ste-Catherine	Lundi.	
	A. Ollivier, m., 9 h. 1/2.	Ste-Elisabeth, Ste-Anne, Ste-Luce.	Jeudi.	
	Labric, méd., 8 h. 1/2.	St-Jean, St-Louis.	Vendredi.	
	J. Simon, méd., 8 h. 1/2.	Ste-Marie, Ste-Thérèse.	Samedi.	
	Descroizilles, m., 8 h. 1/2	St-Ferdinand, St-Augustin.	Mardi.	
	De Saint-Germain, ch 8 1/2	St-Joseph, St-Côme, Ste-Pauline et Ste-Marthe.	Lundi mardi. Mer. vend. s.	Opérat. mardi jeudi samedi.
Enf. Ass.	Sevestre, méd., 9 h.			
	Guéniot, chir., 8 h.	Enfant-Jésus, St-Augustin, Nourrices.		
Saint-Louis.	Hallopeau, méd., 9 h.		Jeudi.	
	Lailler, méd., 8 h. 1/2.	Pavillon Bazin, Lugol.	Mercredi.	Teigneux le samedi
	Vidal, méd., 9 h.	Alibert, Devergie, Gabrielle.	Mardi.	Scar. jeudi.
	Guibout, méd., 9 h.	Bichat, Henri IV.	Vendredi.	Spéculum jeud. sam.
	Ernest Besnier, méd., 9 h.	Cazenave, Gibert.		Jeudi Opér. derm.
	Fournier, méd., 8 h.	St-Louis, Henri IV.	Samedi.	
	Péan, chir., 9 h. 1/2.	Cloquet, Nélaton, Denonvilliers.	L. mercr. v.	Opérat. samedi.
	Le Dentu, chir., 9 h.	Denonvilliers, Cloquet.	Mardi j. s.	Opérat. mercredi.
	Porak, accoucheur, 9 h.	Paul Dubois.	t. les jours.	
Midi	Du Castel, méd., 9 h.	Salles I, II, III, IV, V.	Merc. sam.	
	Mauriac, méd., 9 h.	Salles VI, VII, VIII.	Mardi vend.	
	Humbert, chir., 9 h.	Salles IX, X, XI, XII.	Lundi, merc.	Mardi jeudi.
Lourcine.	Hutinel, méd.	Astruc, Bouley, Goupil.	Jeudi.	Laryng. lundi.
	Martineau, méd. 9 h.	Nathalis Guyot, Cullerier.	Mardi.	Lundi vendredi.
	Pozzi, chir.	Fracastor, Pascal, Van Swieten.	Lundi et sam.	
La Salpêtrière.	Charcot, méd., 9 h. 1/2.	Clin. des maladies du système nerveux	Mardi.	
	Luys, méd.	Pinel, Barth, Louis, Broca.	Mercredi.	
	Legrand du Saulle, alién.	Ferrus, Marc, Morel, Belhomme.	Samedi.	
	Falret, aliénés.	Félix Voisin, Seguin, Marcé.	Lundi.	
	A. Voisin.		Vendredi.	
	Terrillon, chir.		Jeudi.	
St-Anne.	Ball, professeur, 10 h.	Clinique des maladies mentales.	Mardi 10 h.	
	Dagonet.	Service des hommes.		
	Bouchereau.	Service des femmes.		
	Magnan.	Bureau central d'admission.		

Le Gérant : Dr A. LUTAUD

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André;
Maison spéciale pour Journaux et Revues.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

226. — A céder bonne et ancienne clientèle en pleine activité, à 4 kilomètres d'un important chef-lieu de canton, dans la Charente-Inf. ; — s'adresser au bureau du journal.

220. — Clientèle à céder pour cause de maladie dans une ville de l'Eure. Rapport de 10 à 14.000 fr. ; — s'adresser au bureau du journal.

171. — On demande un jeune Docteur à St-Julien-du-Sault (Yonne), chef-lieu de canton, à 132 kil. de Paris. Station du chemin de fer P.-L.-M. Clientèle à prendre de suite et gratuitement ; — s'adresser au maire de St-Julien-du-Sault.

170. — Un Docteur de la Faculté de Paris, licencié ès sciences naturelles, âgé de 30 ans, ayant exercé la médecine pendant trois ans, désire faire des remplacements ; — s'adresser au bureau du journal

169. — A prendre gratuitement, à Thiron, poste médical. Installation agréable. Hôpital en construction. 9000 fr. touchés en 15 mois, plus un fixe de 1000 fr. ; — s'adresser au Dr Lefebvre, à Thiron (Eure-et-Loir).

168. — Excellent poste médical à prendre de suite à Fervaques (Calvados) ; — s'adresser au maire.

167. — Un jeune docteur, forcé par des raisons de famille de quitter Paris, désire céder sa situation médicale déjà bonne ; — s'adresser au Dr Chambert, 4 *bis*, rue Pierre-Guérin, à Auteuil-Paris, de 12 à 2 heures.

166 — A céder de suite pour cause de maladie, clientèle d'un produit de 17 à 20,000 fr. touchés, située dans un pays riche à 3 heures de Paris. Conditions très avantageuses ; — s'adresser au Dr Vrain, 19, rue Monge, Paris.

165. — Excellent poste médical à prendre de suite au Buis-les-Baronnies (Drôme) ; — s'adresser au maire.

164 — A céder de suite, à Paris, clientèle médicale et mobilier, ensemble ou séparément ; — s'adresser à M. Cousin, 80, rue de Grenelle-Saint-Germain.

163 — Un confrère possédant un vaste immeuble dans la banlieue de Paris désirerait s'associer à un autre confrère pour y installer une maison de santé ; s'adresser au bureau du journal.

162. — Bonne clientèle médicale à prendre de suite à Mourmelon-le-Grand (Marne). La commune accorde une subvention annuelle de 1.500 fr. ; — s'adresser au maire.

161. — Excellent poste médical pour un jeune docteur est vacant dans une des principales villes de la Corrèze ; — s'adresser au maire de Bort.

160. — Pour cause de départ, excellent poste médical à céder dans les Basses-Pyrénées. Situation balnéaire très fréquentée. *Saison d'été et saison d'hiver*. Rapport assuré 10.000 fr., fixe 2.500 fr. ; — s'adresser à M. Ant. Charvet, 42, boulevard Voltaire, Paris.

159. — Clientèle médicale à céder à des conditions très avantageuses, dans une des plus riches communes d'Indre-et-Loire ; — s'adresser au bureau du journal.

158. — A céder de suite, à des conditions très avantageuses, une clientèle médicale dans la banlieue de Paris, chef-lieu de canton, 1/2 heure de chemin de fer, ligne du Nord. Pas de concurrent. Produit annuel justifié 10.000 fr. dont une partie fixe ; — s'adresser au Secrétaire de l'école de pharmacie, 4, avenue de l'Observatoire, Paris.

218. — La commune de Vitry-aux-Loges, 1.550 habitants canton de Châteauneuf-sur-Loire, ligne d'Orléans à Châlons, demande un médecin. Subvention annuelle 600 fr Recette assurée 5 à 6.000 fr ; — s'adresser au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Paris.

157. — A prendre de suite, pour cause de depart, une clientèle médicale dans un chef-lieu de canton de l'Aube. Produit 7.000 fr ; — s'adresser au docteur Compérat, à Aix en-Othe (Aube).

156. — Poste médical à prendre de suite, à Sainte-Sévère (Indre) ; — s'adresser au maire de Saint-Sévère.

155. — A céder de suite, dans Loir-et-Cher, bon poste médical d'un produit moyen de 12 a 15.000 fr Condition : prendre la suite du bail et s'adresser. au docteur Brochard, à Herbau ; (Loir-et-Cher).

154. — Excellent poste médical à prendre de suite dans la Sarthe ; s'adres. au bur. du journal.

153. — A prendre dans l'Yonne, excellente clientèle médicale, d'un produit de 8 à 10.000 fr, ; — s'adresser au bureau du journal.

152. — Poste médical à prendre dans Tarn-et-Garonne. Il est alloué un fixe de 1.000 fr. ; s'adresser au bureau du journal.

147. — Poste médical à prendre dans le département du Lot, 2.200 habitants, station de chemin de fer, chemins vicinaux. Pays commerçant. Rayon 14 kilom. ; — s'adresser au bureau du journal.

146. — Bon poste à prendre de *suite* et *gratuitement* dans la Charente. Produit 10 à 12.000 fr. susceptible d'augmentation. Condition *sine qua non* : être âgé de 25 à 30 ans ; — s'adresser au bureau du journal.

144. — Clientèle à céder dans le centre de Paris, dans les meilleures conditions ; — s'adresser à Mme Durut, 10, rue Chabanais, tous les jours, de une heure à deux heures, excepté les lundis et vendredis.

143. — Bon poste médical à prendre dans Indre-et-Loire. Pays riche, résidence agréable. Produit 7 à 8 000 fr. susceptible d'augmentation ; — s'adresser au bureau du journal.

142. — Position médicale à prendre à Rabodanges, par Putanges (Orne) ; — s'adresser pour renseignements à M. Genu, notaire, maire de Putanges.

141. — On demande un médecin de colonisation a Gouraya, près Alger. Il y a un traitement fixe ; s'adresser au maire du pays.

133. — Un confrère de province désirerait reprendre dans la banlieue de Paris, une clientèle d'un rapport de 8 à 9.000 fr. Préférerait situation toute faite avec un fixe si possible et surtout situation agréable ; — s'adresser au bureau du journal.

137. — Une dame veuve sans famille, ayant été directrice d'une maison de santé et pourvue des meilleures recommandations, sollicite en ce

Voir la suite des vacances médicales, p. 448

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS
Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE : SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE ; DISCOURS DE M. TH. ROUSSEL.

Puisque qu'on ne peut rien trouver d'efficace pour augmenter sérieusement la natalité qui a, au contraire, une tendance constante à diminuer, il n'y a qu'un remède possible pour arrêter la décroissance de la population en France : diminuer la mortalité. C'est aussi limpide qu'un axiome de géométrie. Or, puisque avant la loi sur la protection des enfants en bas âge édictée par l'Assemblée nationale en 1874 (loi Roussel), la mortalité infantile pendant la première année était, suivant les départements, de 30, 40, 60 et même jusqu'à 90 pour cent, et que dans les départements où la loi en question est sérieusement appliquée, cette mortalité est tombée entre 10 et 12 pour cent, il est à peu près certain que le jour où l'on sera arrivé à étendre les bienfaits de cette loi à tous les départements, on aura résolu le problème qui est d'arrêter la décroissance de la dépopulation en France.

C'est surtout dans le Calvados que grâce à l'activité du préfet et de l'inspecteur des enfants assistés, secondée par le dévouement des médecins, on a obtenu des résultats réellement merveilleux, qui sont la meilleure justification de l'opportunité des mesures réclamées. Or, ce qu'on a obtenu dans un département, on peut l'obtenir dans tous avec un peu d'initiative et beaucoup de bon vouloir.

C'est pour étudier de quelle manière on pourrait rendre la loi de 1874 encore plus efficace et en assurer une application plus rigoureuse (puisqu'elle est considérée comme non avenue dans plus de vingt départements), que M. Th. Roussel a demandé à l'Académie de nommer une commission qui examinera la question à nouveau et formulera les améliorations dont cette loi est susceptible et que le gouvernement ou les Chambres pourront ensuite réaliser.

Par une heureuse coïncidence, M. H. Roger, rapporteur du prix sur l'hygiène de l'enfance, s'est attaché à montrer dans son rapport le rôle fort exagéré attribué à la dentition dans la mortalité de l'enfance.

REVUE PROFESSIONNELLE

LE MÉDECIN PEUT-IL RECEVOIR D'UN MOURANT UN PLI CACHETÉ OU DES OBJETS DESTINÉS A UNE PERSONNE TIERCE ?

Par M. le Dr Legrand du Saulle.

Le médecin ne doit pas s'immiscer dans les affaires privées de ses malades. Son rôle est nettement défini. Il ne faut pas qu'il en sorte. S'il devient l'ami d'une famille, il ne peut plus être son médecin. L'ami, confident tout naturel des faiblesses, des fautes, des perplexités, des infirmités, des secrets, des projets en suspens, des espérances caressées, des intentions les moins soupçonnées, des réparations imprévues, des légitimations possibles et même des volontés formelles d'outre-tombe, traversera bien difficilement toutes les étapes d'une longue intimité, sans qu'il ait été prié un jour ou l'autre d'intervenir comme médecin, de rendre un service étranger à son art ou de figurer, à un titre quelconque, dans les événements les plus graves, les plus délicats ou les plus compromettants de la vie de son client. Ce jour-là, le dévouement affectueux suscite une capitulation de la conscience et prime le devoir. L'ami l'emporte sur le médecin : le service est rendu, mais le médecin n'aura-t-il pas méconnu un instant les réserves obligées que sa profession lui impose ?

Plusieurs faits ayant entre eux une certaine analogie vont être résumés ici, et nous conduiront à répondre négativement au point d'interrogation placé en tête de cette note.

1° Un fonctionnaire public, âgé de cinquante ans, célibataire ayant toujours eu peur du choléra, se mit au lit le 1er octobre 1865, glacé d'épouvante et se sentant mortellement atteint par le fléau. Il donna aussitôt à sa vieille domestique une somme d'argent, en lui transmettant ses dernières instructions, puis il pria son médecin de vouloir bien remettre à une personne

qu'il lui désigna différents bijoux et un portefeuille contenant des lettres, des billets de banque et des valeurs assez importantes. Le médecin fut intimidé, et, n'ayant en vue qu'une bonne action à accomplir, il promit de rendre le service qui lui était demandé. Le cholérique mourut le lendemain, et quelques jours après notre confrère remplissait fidèlement la mission de confiance que lui avait léguée un mourant.

Assez peu familiarisé avec le Code, notre honorable collègue nous demanda un avis, soumit à notre contrôle la conduite qu'il avait tenue, et nous pria de vouloir bien lui dire s'il était resté *dans les termes de la plus stricte légalité*. Je lui répondis aussitôt : « Vous n'aviez pas mission. Vous n'avez pas remis les objets en temps utile. Le mandat finit par la mort du mandant. Le libéralité est nulle. »

2° Un officier de santé et sa femme firent visite un jour à une vieille amie, qui venait d'être très malade. « Je veux profiter de votre présence ici, dit la convalescente, pour vous charger d'une commission très délicate. Je peux mourir demain, et je veux mettre en règle mes affaires. Vous savez combien mon fils m'a causé de chagrins ; je ne peux ni ne veux le déshériter, quoiqu'il ne m'ait pas seulement écrit depuis trois ans ? Je désire seulement que, *lorsque je ne serai plus*, vous remettiez ce paquet à ma petite-nièce, Louise C..., qui a maintenant seize ou dix-sept ans, et qui demeure à la ferme de..., près de... Cette pauvre enfant ne m'a jamais causé que de la satisfaction, et je tiens à lui laisser un souvenir, sans que mon malheureux fils le sache. Acceptez-vous tous deux mon dépôt et me jurez-vous de remplir mes instructions après ma mort ! » — L'officier de santé et sa femme s'engagèrent à exécuter fidèlement et discrètement les intentions de leur amie, et reçurent un gros pli cacheté, portant les prénoms, le nom et l'adresse de la destinataire.

Ce fait se passa en 1869. La vieille dame tomba en démence, l'officier de santé mourut. En 1875, quarante-huit heures rès le décès de la disposante, la veuve du médecin remit le pôt en mains propres. Le pli cacheté renfermait huit mille ncs et plusieurs lettres.

)ans ce cas, l'illégalité est tellement flagrante que je ne ux même pas citer le nom et la résidence du notaire qui m'a

rapporté et certifié les circonstances insolites que je viens de faire connaître. J'engageai vivement cet officier ministériel à consulter le procureur de la République de son arrondissement et à lui demander des instructions spéciales.

3° Au mois de novembre 1882, un honorable confrère s'est trouvé mêlé à une aventure un peu romanesque. Il a été, selon toute apparence, un messager de paix et de pardon *in extremis* ; puis, sous une forme déguisée, il a reçu une rémunération insolite. En réfléchissant à la situation qui lui a été faite, le médecin s'est inquiété, a été pris d'un scrupule et désirerait savoir s'il a bien ou mal agi.

Et d'abord, quels sont les faits ? Le 3 novembre 1882, une dame H..., âgée de vingt-neuf ans, veuve et sans enfants, est morte de phthisie pulmonaire. L'avant-veille, au moment de l'arrivée de son médecin, elle avait éloigné de sa chambre une religieuse et deux femmes à son service. « Voulez-vous me promettre, dit-elle au Dr X..., de me rendre un service immense ? il y va du repos de ma conscience, de l'honneur de mon nom et du respect de ma mémoire. » Un peu surpris et troublé, le médecin déclara que l'on pouvait compter sur lui, sur son dévouement et sur sa discrétion.

Le malade sortit alors de son lit un petit paquet ficelé et cacheté à la cire, portant ces mots : *A remettre aussitôt après ma mort*. Elle donna ensuite de vive voix le nom et l'adresse du destinataire, les fit écrire sur l'agenda du Dr X..., et essaya de vérifier *de visu* s'il n'y avait point eu erreur. — « Voici enfin une lettre, ajouta-t-elle, qui renferme des instructions particulières ; elle vous est adressée, mais vous ne pourrez l'ouvrir que huit jours après ma mort. L'acceptez-vous ? — « Oui », répondit le médecin.

Aussitôt après le décès de Mme H..., le Dr X... remplit de son mieux la mission mystérieuse, délicate et grave, qui lui avait été confiée. Huit jours après, il décachetait la lettre qui lui était adressée, y trouvait un portrait-carte et trois billets de banque de cinq cents francs chacun, avec ces deux lignes non signées : « A remettre à Marie ***, le jour de son mariage. » Or, Marie *** est la fille du médecin et elle a huit ans et demi.

Deux choses très différentes sont ici à examiner : la remise du dépôt cacheté et la remise de la lettre. (*A suivre*).

REVUE CRITIQUE

—

CROUP ET DIPHTHÉRIE

Sous ce titre s'est engagée récemment à la Société de Médecine de Berlin une discussion qui mérite d'être analysée, bien qu'elle n'ait abouti à aucune conclusion pratique. On sait, en effet, qu'à l'étranger, aussi bien en Angleterre qu'en Allemagne, une signification tout à fait différente s'attache à ces deux termes, tandis que nous avons l'habitude de considérer le croup simplement comme une manifestation locale de la diphthérie. Du reste, et la discussion de la question l'a bien montré, si la distinction est possible et même facile au point de vue anatomique entre les deux processus, rien n'est plus malaisé que de les différencier au point de vue clinique. Virchow, qui a pris la parole à plusieurs reprises, s'est longuement étendu sur les caractères anatomiques des deux processus, et quelque fondées que puissent être ses opinions sur ce point, nous ne le suivrons pas sur ce terrain. Le croup est une maladie inflammatoire qui se caractérise par l'exsudation d'une substance coagulable, mais qui ne détermine point d'ulcérations ; la diphthérie, au contraire, est une affection nécrosique d'emblée, intéressant l'épaisseur des tissus, et non seulement leurs surfaces, et laissant toujours à sa suite des pertes de substances plus ou moins étendues : tel est le résumé de sa doctrine. Cette notion n'est pas nouvelle ; il l'a exposée à différentes reprises, en 1847, en 1854 et depuis, ainsi qu'il l'a rappelé au cours de la discussion actuelle ; mais si fondée qu'elle puisse être anatomiquement, l'impossibilité d'établir une distinction clinique entre les deux cas fait que, loin d'éclairer la question, elle a eu pour résultat de la rendre plus confuse, la plupart des médecins, de ceux mêmes qui acceptent les idées de Virchow, continuant d'employer l'expression *croup*, au sujet de la maladie du larynx en particulier. Virchow a en outre insisté sur ce fait que le croup serait un pronostic beaucoup plus favorable que la diphthérie. S it. Mais si nous ne pouvons pas distinguer cliniquement le c oup de la diphthérie, et si, comme il l'admet d'ailleurs, le croup, c' st-à-dire l'exsudation fibrineuse, accompagne souvent la

diphthérie, c'est-à-dire la mortification des tissus, la terminologie qu'il veut faire prévaloir n'avance en rien la question.

La discussion a eu pour point de départ une communication d'Hénoch : *Observations sur l'épidémie de diphthérie de* 1882-1883. 319 cas de diphthérie authentique se sont montrés pendant cette période à la section d'enfants de l'hôpital de la Charité. Il a éliminé de ce nombre tous les cas douteux d'angine ou de scarlatine diphthéritique qu'il ne considère pas comme de la diphthérie véritable. Sur ces 319 malades, 216 avaient de 2 à 6 ans, 25 étaient dans leur première année, 47 avaient de 7 à 8 ans; puis vient une décroissance significative, et la 12e et la 13e année ne sont marquées que par un cas. Pas de note sur le sexe. Il y a eu 208 morts, soit environ 2/3 de tous les cas. Sur 118 cas survenus chez des enfants au-dessous de trois ans, il n'y eut que 17 guérisons. Tout en tenant compte des conditions défavorables produites par l'âge, la misère physiologique de la population qui forme la clientèle hospitalière, de la gravité des cas qui sont le plus souvent conduits à l'hôpital en raison même de ce fait, du génie épidémique, c'est là une proportion de mortalité extraordinaire. Les conditions sanitaires de l'hôpital même sont encore des plus fâcheuses: insuffisance absolue de la capacité des pièces consacrées aux diphthéritiques, voisinage des salles de scarlatineux, etc. Sur ces 319 cas, 145 se terminèrent par le croup — 174 fois sans cette condition fort aggravante. En effet, des 145 cas de croup, 129 eurent une terminaison fatale. « Ceci démontre bien que le croup proprement dit est le plus grand danger de la diphthérie. » Il faut dire aussi que l'opération fut pratiquée même dans les conditions les plus défavorables, ni le plus jeune âge, ni le stade le plus avancé de la maladie n'ayant paru une contre-indication. La plupart des cas de mort furent dus à une complication inflammatoire du côté des poumons ou des bronches. Le chiffre des respirations à la suite de l'opération a plus de valeur pronostique que la fièvre. Le collapsus, à la suite de l'opération, termina fréquemment la scène. Ailleurs, ce furent des érysipèles, trois fois seulement des convulsions dont la cause ne saurait être précisée. Des réflexions sur certaines complications, exanthème, adénite, endocardite, albuminurie suivent l'analyse de ces observations. Hénoch proteste contre l'opinion de ceux qui consi-

dèrent l'endocardite comme fréquente. Quant à l'albuminurie, après l'avoir regardée pendant longtemps comme un phénomène sans importance au point de vue pronostique, puisqu'on la rencontre dans bien des cas qui se terminent par la guérison, il revient un peu sur sa première opinion et considère une forte proportion d'albumine comme un phénomène de fâcheux augure. L'urémie serait extrêmement rare dans la diphthérie.

La communication d'Hénoch se termine par quelques considérations au sujet du traitement, et l'on pense bien qu'après avoir annoncé des résultats aussi fâcheux, il ne se déclare satisfait d'aucun moyen. Il croit devoir conseiller de nouvelles recherches avec les antiseptiques ; mais, dit-il, on ne doit pas, lorsqu'on veut expérimenter un médicament, l'employer dans des cas légers qui guériraient seuls, mais dans les cas graves. Le sublimé, l'arsenic, la papaïne, la solution de pepsine à 10 % doivent être essayés avec persévérance.

Fraenkel, qui a employé aussi les solutions de pepsine en badigeonnages, partait de ce point que l'estomac est très rarement atteint par le processus diphthéritique, d'où l'idée que le suc gastrique s'oppose à son développement. Falk, qui a recherché les propriétés antiparasitaires du suc gastrique, a montré que son action sous ce rapport est très incertaine : les bactéries et les bacilles lui résistent, mais non le micrococcus. Fraenkel a observé la digestion des fausses membranes par la solution acide de pepsine ; mais ce traitement n'a amené aucun changement dans le cours de la maladie et n'a empêché ni la propagation au larynx, ni l'infection septique. Du reste, est-ce une indication principale du traitement d'enlever les fausses membranes ? Cela est douteux. Qu'elles soient détruites ou non dans le pharynx, c'est tout un pour le cours ultérieur de la maladie, et l'irritation déterminée par les applications caustiques est loin d'être sans inconvénients. On peut déterminer, avec le galvano-cautère, des fausses membranes tout à fait analogues à celles de la diphthérie, et, par conséquent, on ne doit pas considérer la fausse membrane comme la lésion spécifique du processus. Sous le rapport clinique ou thérapeutique, la diphthérie ne saurait être mieux comparée qu'à l'érysipèle. L'emploi local des antiseptiques est rationnel ; efficace, non. C'est pourquoi, au point de vue thérapeutique, il faut avant tout combat-

tre les phénomènes généraux et en outre se garder de causer des lésions irritatives de la muqueuse. Il faut se garder d'enlever au malade, par des badigeonnages ou des inhalations, une tranquillité qui lui est si nécessaire. *Ne pas nuire* est le premier précepte à observer dans l'état actuel de nos connaissances.

Patschkowski préconise le traitement par la glace. Bien qu'il lui manque une expérience suffisante de ce mode de traitement, bien qu'il ne puisse préciser comment se comportent vis-à-vis du froid les micro-organismes qui amènent la diphthérie, bien qu'on ne puisse dire jusqu'à quelle profondeur de tissu se fait sentir l'influence de la réfrigération, il croit que l'efficacité de ce mode de traitement ne peut être niée. Mais il ne faut pas le pratiquer mollement, comme cela se fait d'habitude dans le public où l'on se contente de donner de temps en temps un petit morceau de glace. Dans ces conditions, on n'obtient rien. La glace doit être donnée d'une façon incessante, de telle sorte que, chaque morceau une fois fondu, un autre lui succède immédiatement, et cela, jour et nuit. On tient beaucoup trop de compte de l'état des forces : l'arrêt de développement de la diphthérie compense, et au-delà, le trouble apporté dans la tranquillité du malade. En outre, une large cravate de glace remontant jusqu'au lobule de l'oreille doit être appliquée à l'extérieur.

P. Guttmann remarque que lui a constaté de bien des côtés à la fois l'inutilité et même la nocuité du traitement local dans la diphthérie. Cependant, les fausses membranes sont des agents d'infection et d'obstruction. Leur marche envahissante est incontestable, leur propagation par en bas facile à démontrer dans le plus grand nombre des cas, et s'il était possible de détruire l'agent infectieux dans le pharynx, on empêcherait ainsi la propagation au larynx et à la trachée. Malheureusement les moyens employés jusqu'à ce jour ont été suivis de peu de succès. Il est vrai que les moyens de désinfection très actifs que nous possédons ne peuvent être employés sur l'organisme avec une continuité suffisante et que dès lors les effets obtenus ne peuvent ressembler à ceux qui se produisent dans le verre à réactifs. Pourtant, il ne faut pas perdre tout espoir dans la thérapeutique locale. Un petit nombre d'agents désinfectants

puissants : l'eau chlorée fraîche, la solution d'iode et de brome à 2 %, la solution de permanganate de potasse à 5 % et dosée même à 1 % peuvent être recommandés avec quelques chances d'effet. Mais il faut les employer avec plus de suite et plus de fréquence qu'on ne l'a fait jusqu'ici. La papaïne, entrée avec retentissement dans la thérapeutique, a une action spéciale sur la dissolution des fausses membranes ; toutefois, si l'on prend une membrane dipthéritique exactement pesée et qu'on la disperse dans une solution de papaïne à 4 %, elle est très peu réduite dans l'espace de 24 heures, et il faut six jours pour qu'elle soit complètement dissociée. La térébenthine donnée à l'intérieur à la dose d'une cuillerée à thé par jour lui a donné deux succès étonnants et rapides ; mais dans d'autres observations elle n'a produit aucun résultat favorable. L'eau froide paraît sans action sensible sur les parties malades.

Parmi les autres orateurs qui ont pris la parole, aucun n'est revenu ou n'a insisté d'une façon spéciale sur le traitement, et nous croyons devoir borner ici le résumé de cette discussion.

Tout d'abord nous relèverons la mortalité excessive qu'a présenté cette épidémie ; mais il faut tenir compte de la rigueur apportée dans le classement des faits, et du soin mis par l'observateur à écarter de sa statistique tous les cas d'angine, produits couenneux qui ne lui ont pas semblé nettement dus à la diphthérie. Il est fort probable que bien des statistiques seraient moins brillantes si elles étaient établies aussi rigoureusement. De plus, Hénoch lui-même explique en partie les résultats désastreux qu'il a obtenus par les mauvaises conditions hygiéniques du terrain d'observation (première enfance, misère physiologique, etc.), et par les conditions défectueuses du milieu (encombrement, isolement insuffisant des autres maladies contagieuses, etc.). Tout en tenant compte de ces faits, la proportion des morts nous semble plus élevée qu'elle ne l'est généralement, et il n'est que juste d'attribuer aussi une part au génie épidémique, à la malignité spéciale de la maladie pendant la période d'observation.

En ville, à la même époque, la diphthérie se montra aussi particulièrement grave.

Mais ce qui nous a frappé surtout dans cette discussion, c'est l'extrême réserve apportée par les orateurs dans l'appréciation

du traitement local, et c'est sur ce point que nous nous livrerons à leur suite à quelques réflexions.

La diphthérie, comme la fièvre typhoïde, comme la variole, comme l'érysipèle auquel on l'a comparée, est une maladie infectieuse d'emblée et la fausse membrane en est le résultat, non la cause. Que la fausse membrane à son tour devienne la source d'indications spéciales, à cause de sa tendance à s'étendre, à obstruer les voies aériennes, à produire une infection secondaire par sa décomposition ou par la multiplication des germes infectieux qu'elle contient, cela n'est pas contestable. On nous accordera toutefois que c'est faute d'un spécifique capable de remplir l'indication causale qu'on s'est porté avec persistance à la recherche de modificateurs locaux.

Or, ces modificateurs locaux méritent-ils la confiance que leur témoignent certains auteurs ? Sont-ils véritablement des agents curatifs ? Est-ce à leur action qu'on doit les succès, à leur insuffisance qu'il faut attribuer les revers ? C'est précisément ce qu'ont mis en doute plusieurs membres de la Société de médecine de Berlin, c'est ce que nous voudrions examiner à notre tour.

Tout d'abord, ce n'est pas l'étendue seule de la fausse membrane qui fait le danger de la diphthérie. Sans doute, il y a des cas où elles déterminent la mort par leur extension à tout l'arbre aérien ; mais ce n'est pas ainsi que la diphthérie tue le plus souvent, et il n'est pas absolument rare de voir guérir des enfants qui ont expulsé, au moment de la trachéotomie et après, de longs tubes membraniformes et même des pseudo-membranes arborescentes. Au contraire, on voit souvent mourir des sujets qui n'ont présenté d'autres phénomènes locaux que de l'angine et du coryza.

Nous admettrons donc que s'il est indiqué avec juste raison de lutter contre l'extension des fausses membranes, de s'opposer, autant qu'on le peut, à l'envahissement du larynx, ce n'est là qu'une indication secondaire. Mais, d'autre part possédons-nous un moyen efficace de la remplir, et quel médecin n'a vu, malgré l'emploi des lavages, des insufflations ou des cautérisations, le larynx se prendre à la suite de l'arrière-gorge ?

En second lieu, l'action infectieuse secondaire des fausses membranes est-elle véritablement la cause des phénomènes

toxiques qu'on observe fréquemment dans la diphthérie ? Peut-on comparer leur décomposition à la germination infectieuse dont elles sont le siège aux phénomènes qui se passent, par exemple, dans les foyers de suppuration qui se vident mal et qui sont une source de septicémie ? Le fait ne nous semble pas absolument démontré. Les faits d'inoculation ou d'ingestion des fausses membranes ont donné des résultats très variables, et il y a d'autre part des faits d'infection mortelle tellement rapides que l'auto-infection, très vraisemblable d'ailleurs, nous parait absolument hors de contestation. Partant de cette donnée très légitime, on va s'adresser aux antiseptiques. Eh bien, ici encore même incertitude dans les résultats : Ou les antiseptiques employés ne sont pas véritablement efficaces, ou leur emploi n'est pas assez persistant, ou leur mode d'administration est défectueux, toujours est-il que la marche fatale n'est pas enrayée dans un très grand nombre de cas.

Le traitement local, en apparence le plus rationnel, est donc très souvent insuffisant à enrayer le mal. Est-il toujours possible de le mettre en pratique ? Et ne présente-t-il pas aussi des inconvénients particuliers ? C'est ce que nous allons examiner brièvement.

Il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit ici d'enfants, c'est-à-dire de malades généralement impatients, indociles et souvent en état d'opposer une résistance sérieuse aux manœuvres locales. Toute la diplomatie du médecin ou des membres de la famille ayant échoué faut-il passer outre et intervenir par la force ? Soit ; mais c'est une extrémité fâcheuse, et comme il faut y recourir souvent, on fait dépenser de cette façon au petit malade une force de résistence dont il aurait grand besoin.

Les lavages et les badigeonnages n'ont quelque chance d'être efficaces qu'à la condition d'être fréquents. Toujours désagréables pour le patient, ils sont souvent douloureux. Je ne parle que pour mémoire des cautérisations énergiques universellement abandonnées aujourd'hui et dont on a constaté maintes fois les résultats désastreux : formation d'escharres, multiplication et extension des plaques diphthéritiques, impossibilité de la déglutition, etc. En somme, tout traitement qui n'est accepté qu'après lutte, est par cela même défectueux ; mais c'est surtout en me plaçant au point de vue de l'alimentation que je consi-

dère ces inconvénients comme sérieux. En effet, s'il est une indication sur laquelle tout le monde soit d'accord, c'est qu'il faut par-dessus tout soutenir les forces des malades. Or, c'est un fait d'observation ancien que ce sont précisément les enfants atteints de diphthérie grave qui montrent le plus de dégoût et d'aversion pour les aliments et les médicaments. Dans ces conditions, le petit malade qui se refuse aux badigeonnages résiste avec non moins d'opiniâtreté aux tentatives d'alimentation. Sans doute on peut recourir à la sonde œsophagienne; mais ici encore, il faut lutter, et cette lutte perpétuelle est extrêmement dépressive pour le patient.

Nous sommes donc très peu partisan du traitement local, dans l'état actuel de nos connaissances. Il y a bien longtemps que Trousseau a conseillé de ne plus s'occuper de l'état de la gorge après la trachéotomie, et c'est, pensons-nous, la pratique généralement adoptée. Or, nous ne croyons pas que l'auto-infection secondaire soit moins à craindre après l'opération qu'avant. Est-ce à dire que nous croyons qu'il n'y a rien à faire en dehors de l'alimentation et de la médication tonique? Loin de là. Nous pensons qu'on ne doit pas renoncer à trouver la médication spécifique de la diphthérie, et, en particulier, nous pensons que la méthode des inhalations, des atmosphères médicamenteuses pourra fournir d'utiles résultats, parce qu'elle permettra non point seulement d'agir sur les fausses membranes, mais encore de faire pénétrer dans le sang, par l'absorption pulmonaire, des substances antiseptiques et antifermentescibles Un autre avantage de cette méthode thérapeutique, c'est qu'elle peut être instituée sans lutte et sans difficulté, puisqu'elle n'a pas besoin du consentement du malade. Enfin, il est hors de doute qu'une atmosphère antiseptique, curative pour le malade, serait préservative pour son entourage et mettrait vraisemblablement à l'abri de la contagion les personnes qui lui donnent des soins. — (*Deutsche med. Zeitung*, nos 88, 91, 93 (1884), no 14 (1885).

Dr R. Chenet.

SUR L'OPÉRATION D'ALEXANDER-ADAMS.

Cette opération, qui tend à prendre rang parmi les opérations communes, a pour but de remédier à la rétroflexion de

l'utérus avec tendance au prolapsus. Elle consiste en la mise à nu, au niveau de l'orifice inguinal externe, des ligaments ronds qui sont ensuite tirés au dehors avec les doigts ou à l'aide d'une pince, réséqués dans une étendue de 1 à 3 pouces et suturés à la plaie.

Cette manœuvre a pour effet de relever la matrice, de corriger sa déviation et de remettre en place les ovaires prolabés dans le cul-de-sac de Douglas. Les suites opératoires ont été favorables dans tous les cas, de nombre restreint, publiés jusqu'à ce jour. Quant aux résultats éloignés, ils paraissent avoir toujours été satisfaisants : les douleurs pelviennes disparaissent, la marche redevient praticable et la circulation utérine facilitée modifie la nutrition de l'organe épaissi, régularise les fonctions menstruelles et rend possible la grossesse.

Des névralgies ovariennes tenaces avec irradiations étendues et phénomènes dysménorrhéiques violents dus au déplacement de l'ovaire, qu'on pouvait croire justiciables uniquement de l'opération de Lawson Tait, ont été guéries par le procédé d'Alexander avec beaucoup moins de risques et de difficultés que s'il avait fallu enlever les ovaires et les trompes.

Les seules précautions à prendre sont de n'exercer sur les ligaments ronds qu'une traction mesurée. Ceux-ci, par des inflammations antérieures, peuvent avoir contracté des adhérences qu'une violence immodérée déchirerait et qui deviendraient l'origine d'une nouvelle inflammation aiguë. On doit craindre encore, en tirant imprudemment sur les ligaments, d'en déterminer la rupture.

Il va de soi que le pansement de Lister doit être appliqué dans toute sa rigueur. Faut il saturer les ligaments au catgut ? C'est un point qui peut être contesté. Le catgut est bien rapidement résorbé et la suture pourrait lâcher avant que des adhérences solides se fussent établies entre le ligament et les tissus voisins.

Nous avons vu à l'hôpital Saint-Antoine l'allongement d'une cicatrice tendineuse traité par la ligature du tendon que maintenaient plusieurs fils de catgut. Le raccourcissement du tendon persista plusieurs jours ; puis, tout d'un coup, le doigt se fléchit (il s'agissait du tendon extenseur) ; le catgut s'était résorbé et le tendon avait repris sa longueur exagérée. On put

s'en rendre compte au cours d'une seconde intervention.

Une autre recommandation est d'obliger les malades opérées à garder le lit assez longtemps et, pendant les premières semaines de liberté, de leur faire porter un pessaire qui diminue quelque peu la pesée exercée sur les nouveaux points d'attaches.

A l'occasion de cette opération, qui vient de faire l'objet d'un grand nombre de travaux anglais et d'une excellente revue de M. R. Durand-Fardel (*Gazette médicale*, n° 2), bien des réclamations de priorité se sont déjà fait jour. Il nous semble, quant à nous, que l'idée de l'opération est très ancienne. Dans tous les livres de gynécologie on peut lire qu'Alquié conseilla autrefois le raccourcissement du ligament rond dans les chutes de matrice. Huguier, au contraire, en proposait la section dans les antéversions. Au cours d'opérations plus graves, le même principe était délibérément observé par les ovariotomistes traitant le pédicule en dehors fixé à la plaie abdominale en cas de rétroflexion utérine (Kœberlé, Péan, Spencer Wells et Tauffer). Il est vrai qu'il n'y avait pas là d'opération précise et nettement formulée et que le conseil d'Alquié n'a jamais été très suivi.

En Angleterre les revendications vont leur train. Adams (de Glasgow) et Alexander (de Liverpool) semblent devoir recueillir les honneurs dus à l'inventeur de la nouvelle opération. Mais dans le *British Medical* du 28 février 1885, p. 435, le Dr Walter Rivington déclare qu'il en avait suggéré l'idée dès 1869 et qu'il s'était efforcé dès 1872 de la répandre par la voie de la presse. Découragé par l'insuccès de cette tentative et l'indifférence générale des contemporains à son endroit, il a renoncé depuis lors à la tâche et voit, non sans regret, son œuvre reprise par des confrères mieux accueillie. Il termine son article par des considérations à la Virgile sur le sort malheureux des inventeurs.

Les principaux opérateurs dont il faut joindre les noms à ceux d'Adams, d'Alexander et de Rivington sont ceux de Gardner (*Glasgow medical Journal*, nov. 1884), qui a présenté six observations d'Elder (*British Medical*, nov. 1884, p. 959), de Reid (de Glasgow) et de Burton (de Liverpool) (*British medical Association*, section de médecine obstétricale).

Dans quelque temps des statistiques plus détaillées et nom-

breuses fourniront une base d'appréciation plus large et permettront de déterminer exactement la valeur et les indications du « *shortening the round ligaments* ».

L. T.

DES MALADIES SPÉCIFIQUES (NON TUBERCULEUSES) DU POUMON

Par le professeur G. Sée (1).

(*Suite et fin.*) (2)

Pneumonies aiguës. — Hâtons-nous d'arriver à la partie capitale de l'ouvrage ; à l'histoire des pneumonies considérées sous leurs différentes formes morbides. A elle seule elle occupe les deux tiers du livre. Elle en est l'objectif. L'ampleur magistrale avec laquelle le sujet est traité, sa forme didactique, la vaste érudition qu'y déploie M. G. Sée, l'admirable clarté qui en distingue l'exposition, et par-dessus tout la portée pratique des applications thérapeutiques qui découlent de la doctrine parasitaire, tout dans cette œuvre puissante commande au plus haut degré l'attention. Si Grisolle, par son remarquable *Traité de la Pneumonie*, a eu le grand mérite de faire cesser la confusion qui régnait sur la pathogénie et l'étiologie de l'inflammation du tissu pulmonaire, en introduisant sa classification nosologique, M. G. Sée n'en a pas eu un moins grand d'avoir complété et consolidé les travaux de son devancier, en leur donnant pour critérium l'étiologie parasitaire, seul contrôle désormais autorisé pour en vérifier l'exactitude. Divisant, avec Grisolle, les pneumonies en deux grandes classes : Pneumonies aiguës primitives et pneumonies secondaires, M. G. Sée entre en matière par une savante revue rétrospective des différentes phases par lesquelles est passée l'histoire de la pneumonie depuis le XVII[e] siècle jusqu'à nos jours : il insiste, avec juste raison, sur la doctrine de la *Fièvre pneumonique*, dont la marche invariablement cyclique d'un septenaire habituel, quel qu'en soit le traitement et la symptomatologie générale, devaient naturellement fixer toute l'attention de la médecine privée à cette époque du flambeau de l'auscultation, seule susceptible de l'é-

(1) 1 vol. in-8° de 531 pages, avec planches. Adrien Delahaye, Emile Lecrosnier, éditeurs, 1885.

(2) Voir numéro précédent.

clairer sur la localisation morbide de la maladie. Dans cet examen doctrinal non exempt de difficultés, M. G. Sée se maintient toujours à la hauteur de sa tâche, se montrant appréciateur aussi éclairé que juge impartial.

Entrant en plein cœur de son sujet, l'auteur nous donne un brillant exposé de la nouvelle théorie de la pneumonie parasitaire dont il établit les bases sur des preuves expérimentales et cliniques indiscutables. Sous l'irrésistible pression des faits probants, le caractère parasitaire et infectieux de la pneumonie se détache en pleine lumière, et c'est en vain que les objections formulées par Gurgen père et les auteurs allemands tenteraient d'en atténuer la limpidité. Le microbe pneumonique, non le microccoccus capsulé comme le décrit Friedlander, revêtu d'une coque transparente, mais le microbe lancéolé *en grain de blé* dépourvu de capsule, comme l'a trouvé M. Talamon, collaborateur de M. le professeur G. Sée, se révèle dans tout son jour. Inoculé aux animaux, ce parasite reproduit invariablement la pneumonie fibrineuse franche, c'est-à-dire une maladie infectieuse et parasitaire, offrant un type pathologique identique à la pneumonie primitive et locale décrite par Grisolle, mais avec l'estampille microbienne originelle. Si le parasite concentre ses effets nocifs sur l'appareil pulmonaire, la pneumonie restera locale ; mais elle deviendra *infectante*, si le microphyte pneumonique envahit par voie vasculaire les organes périphériques.

Comme le démontre l'auteur, la pneumonie est susceptible de revêtir la forme épidémique. M. G. Sée relate comme preuves à l'appui les grandes épidémies de péripneumonie qui ravagèrent l'Europe au XIVe et au XVIe siècle ; mais contrairement à l'opinion généralement répandue, M. G. Sée maintient que la pneumonie épidémique reste toujours semblable à elle-même, en conservant son unité étiologique.

Les pneumonies secondaires rentrent dans la seconde classe nosographique. Elles se développent selon l'opinion motivée de M. Germain Sée, durant le cours des maladies infectieuses, sous l'influence causale de l'agent spécifique propre à chacune de ces entités, c'est-à-dire, la rougeole, la diphthérie, la grippe, la coqueluche, la variole, la scarlatine, l'érisypèle, et vraisemblablement la fièvre typhoïde. La description détaillée des lé-

sions anatomiques caractéristiques des différentes modalités de la pneumonie est suivie de l'étude clinique de celles-ci. Ce chapitre est traité avec cette autorité que donnent à l'auteur son esprit profondément observateur et sa longue expérience. Mais c'est surtout dans la partie réservée au traitement des pneumonies que le grand praticien donne la mesure de sa haute compétence. Dans ce chapitre aussi intéressant qu'instructif, toutes les médications suivies jusqu'à ce jour à l'encontre de la pneumonie sont successivement, de sa part, l'objet d'un examen aussi scrupuleux que concluant. Faisant justice des réputations surfaites et des engouements de convention, M. Germain Sée se montre partisan modéré de la digitale à laquelle il reproche ses effets temporisateurs (*cunctator*), condamne sans pitié l'antimoine à cause de son action destructive et toxique, et la saignée comme homicide. Dans cette énumération, l'alcool trouve sa place comme agent dynamique et d'épargne.

Tout en reconnaissant une valeur réelle à la quinine, il lui préfère *l'antipyrine*, cette dernière venue en thérapeutique et qui doit indubitablement ses effets étonnants à son action antiseptique, conséquemment parasiticide.

Nous recommandons à l'attention des praticiens plus confiants dans la force médicatrice de la nature que dans une pharmacopée violente, le chapitre véritablement philosophique consacré à la *méthode naturiste*. M. G. Sée nous prouve que la hardiesse de l'innovateur n'exclut pas en lui la prudente sagesse de l'observateur.

C'est à regret que limité par le cadre restreint d'une simple analyse nous bornons à cette courte esquisse l'étude des pneumonies qui, à plus d'un titre, peut être considérée comme un traité *ex professo* du sujet.

La gangrène du poumon clôture la première série nosologique des maladies spécifiques aiguës de l'organe pulmonaire. Cette entité affirme une mortification putride d'origine parasitaire du parenchyme. Telle est la définition pathologique que nous en donne M. G. Sée et dont il nous fournit la démonstration expérimentale avec la symptomatologie du processus.

Les maladies spécifiques du poumon à marche chronique constituent la deuxième série. Elles comprennent : la syphilis, le cancer et les affections vermineuses.

Syphilis.—Si le microbe spécifique de la syphilis s'est dérobé jusqu'à ce jour aux investigations microscopiques, la logique qui découle des faits déjà révélés par la doctrine parasitaire autorise à penser que des recherches ultérieures, secondées par des moyens techniques plus perfectionnés parviendront à le découvrir et à l'isoler. En attendant, M. G. Sée nous démontre que c'est à d'autres sources qu'il faut demander les éléments du diagnostic. Les lésions pulmonaires et trachéales, notamment la gomme syphilitique, sont de la part de M. G. Sée l'objet d'une étude histologique aussi minutieuse que didactique et qui dénote en syphiliographie des notions peu communes. Ce chapitre sera plus particulièrement précieux pour les médecins qui, par la nature de leur clientèle, sont appelés à voir beaucoup de phthisiques, en portant la lumière dans le diagnostic différentiel souvent bien difficile de la syphilis pulmonaire et de la tuberculose, surtout à la période cavitaire. Que de malheureux eussent été sauvés par une thérapeutique mieux éclairée !

Cancer du poumon.— Rigoureusement parlant, le cancer du poumon n'est pas parasitaire ; mais son extrême facilité à repulluler, sa symptomatologie générale, la cachexie profonde qu'il détermine au sein de l'économie lui assignent une place à côté de la *phthisie bacillaire.*

Le kyste hydatique du poumon clôture la deuxième série des maladies spécifiques non tuberculeuses de l'organe respiratoire. Dans cette maladie, le parasite microphytique est indéniable. Procédant du tœnia echinococcus, il accuse des affinités marquées soit pour le poumon, soit pour le foie. L'auteur nous en fait l'historique complet.

Ici finit le volume. Cette analyse esquissée à grands traits ne saurait en donner qu'une idée lointaine. Pour en apprécier la haute portée, il faut le lire. M. le professeur G. Sée avait déjà acquis bien des titres à la reconnaissance de la médecine par les importantes conquêtes dont il l'a enrichie. En publiant ce nouveau travail, il vient d'en augmenter le nombre. La théorie parasitaire introduit en thérapeutique une réforme qui la débarrasse d'un empirisme pharmaco-dynamique sans criterium pour lui substituer une médication autrement rationnelle et exacte : celle des agents parasiticides adéquate à la doctrine pa-

rasitaire dont le professeur G. Sée a été le promoteur en France.

Dr Cazenave de la Roche,
Médecin à Menton et aux Eaux-Bonnes.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'antipyrine, dans le rhumatisme articulaire, par M. Masius. — L'auteur rappelle que M. le Dr Snyers, assistant à la clinique médicale de l'univerité de Liége, a publié les résultats remarquables que l'emploi de l'antipyrine a donnés dans les maladies fébriles les plus diverses. Ces résultats sont consignés dans deux brochures dont il est fait hommage à la Compagnie.

« Nos observations déjà nombreuses, dit l'honorable membre, démontrent que ce médicament est un antipyrétique dont l'action est sûre, rapide, puissante et prolongée. »

M. Masius a également constaté l'efficacité de l'antipyrine dans les rhumatismes articulaires vrais, aigus et sub-aigus. En moins de vingt-quatre heures des doses de trois à cinq grammes, administrées par prises de deux grammes et d'un gramme dans l'intervalle de quelques heures, soit en poudres, soit en solution dans un peu d'eau de menthe, non seulement ramènent la température au degré physiologique, mais produisent une amélioration notable de toutes les manifestations articulaires.

« Dans plusieurs cas de rhumatisme articulaire non fébrile, les résultats que nous avons obtenus, dit M. Masius, n'ont pas été moins favorables que dans le rhumatisme articulaire aigu, à fièvre intense. »

Pour prévenir les récidives, il a constaté qu'il est indispensable de continuer l'usage de l'antipyrine pendant une huitaine de jours, après la disparition des phénomènes morbides.

Il lui a paru que cette substance avait, dans le rhumatisme articulaire vrai, des propriétés analogues à celles du salicylate de soude, mais que son action curative n'est pas aussi persistante que celle de ce dernier médicament.

« Par contre, dit-il, l'antipyrine n'a pas les effets désagréables du salicylate : les vomissements sont rares, les transpirations peu abondantes ; il n'y a ni vertiges, ni surdité, ni bourdonnements d'oreilles et les voies digestives restent en bon état. »

Il ajoute que l'antipyrine ne réussit généralement pas, quand le rhumatisme tend à se fixer dans les articulations. (*Ac. de Méd. de Belgique*, 31 janvier 1885.)

Hydropisies, *emploi des solutions salines purgatives concentrées* ; par le Dr MATTHEW HAY. — D'après les expériences de M. Hay, ces solutions concentrées introduites dans le canal alimentaire, renfermant peu de liquide, auraient pour effet de provoquer la concentration du sang par soustraction d'une grande quantité d'eau. Cet effet ne se produirait pas dans le cas où le canal alimentaire contiendrait préalablement du liquide. Après un certain temps, la solution saline perd de sa densité ; mais la concentration du liquide sanguin continue par suite des propriétés diurétiques des sels absorbés. Le Dr Hay cite à l'appui de ces faits les bons résultats qu'il a obtenus, chez les cardiaques atteints d'hydropisie, par l'emploi de 25 à 30 grammes de sulfate de magnésie en solution dans 30 grammes d'eau. (*The Lancet, Union médicale* et *Scalpel*, fév. 1884.)

Ictère éruptif survenu en quelques heures, par le Dr H. RENDU. — Une femme soignée pour une péritonite, convalescente d'accidents aigus de septicémie puerpérale, éprouve une vive contrariété, et en moins de deux heures est prise d'un ictère soudain, lequel s'accompagne de symptômes prononcés. La coloration de la peau persiste du samedi au mercredi matin, celle des urines dure vingt-quatre heures de plus. Le jeudi toute trace d'ictère a disparu.

Il est indispensable de faire remarquer qu'il s'agit d'une femme impressionnable mais nullement hystérique et n'ayant jamais eu d'attaque de nerfs.

Suivant toute vraisemblance, il n'existait aucun état gastrique particulier chez cette malade. Y aurait-il eu sous l'influence d'une incitation nerveuse une sécrétion de bile abondants. puis un débordement de ce liquide à la fois par les voies

naturelles et dans le sang? L'examen des gardes robes, argileuses, décolorées, prouve que cette supposition est erronée. Donc l'écoulement de la bile ne pouvait se faire librement par le canal cholédoque, et il s'agit bien d'un ictère par rétention. La brusquerie du début de l'ictère, la rapidité de son développement, en rapport avec une obstruction complète, quoique momentanée, du canal, sa disparition non moins rapide au quatrième jour, tout cela plaide en faveur d'une contraction passagère des muscles lisses qui constituent les parois des voies biliaires. L'ictère catarrhal est habituellement plus lent à se développer, plus lent aussi à se dissiper. L'absence de souffrance chez la malade n'est pas incompatible avec la contraction des fibres musculaires du canal cholédoque, et si cette dernière produit les douleurs atroces de la colique hépatique, c'est qu'elle agit sur un corps étranger, le calcul biliaire, qui meurtrit une muqueuse hypéresthésié. (*France méd.*, 23 déc. 1884.) R. C.

Action physiologique des bains de main chauds et froids, par Vasilieff (de St-Pétersbourg).— L'auteur a fait cent expériences sur 43 sujets dont l'âge variait de 20 à 78 ans. La température des bains chauds oscillait entre 37° et 44° ; celle des bains froids, entre 6° et 16° ; la durée était de 15 à 30 minutes. Voici à quelles conclusions l'auteur est arrivé :

Sous l'influence des bains de main chauds, la température s'élève dans le méat auditif, la fréquence du pouls et de la respiration augmente, la tension sanguine augmente dans l'artère temporale, la coloration du fond de l'œil est plus intense, ce qui tient à la dilatation des veines et peut-être aussi des artères.

Sous l'influence des bains de main froids, la température baisse dans le méat auditif, la tension artérielle diminue, le pouls se ralentit, la respiration devient plus ample, sans que sa fréquence soit toujours modifiée, le fond de l'œil devient plus pâle par suite de la contraction des artères.

En d'autres termes, les bains de main chauds augmentent, et les bains de main froids diminuent la quantité de sang dans la tête. Il en résulte que l'action révulsive attribuée par quelques médecins aux bains de main chauds dans certains pro-

cessus hypérémiques et inflammatoires du cerveau et de ses enveloppes est absolument imaginaire. Dans ces cas, on peut au contraire considérer les bains de main froids comme un excellent moyen révulsif. A l'appui de cette opinion, l'auteur cite trois cas rapportés par Askotchensky dans lesquels une épistaxis intense et opiniâtre fut rapidement et définitivement arrêtée par un seul bain de main à l'eau glacée. (*The London Medical Record*, février 1885) J. C.

Occlusion intestinale par calcul biliaire, par Merklen. — Il s'agit dans ce cas d'une femme de 42 ans qui n'avait pas présenté auparavant de symptômes de lithiase biliaire Après une période prodromique de malaise, d'anorexie et de constipation, elle est prise d'accidents assez sérieux, violentes coliques et vomissements d'abord bilieux et verdâtres, mais qui ne tardent pas à prendre l'aspect fécaloïde, en même temps que la constipation devient opiniâtre. Pendant sept jours, suppression complète des garde-robes : ce n'est que le huitième jour, à la suite d'un lavement d'eau de Seltz, qu'un peu de matière fécale est rendue. A partir de ce moment, grâce aux douches intestinales d'eau de Seltz, et surtout à l'électrisation des parois de l'abdomen, les garde-robes se rétablissent. Malheureusement la péritonite, qui était venue compliquer l'occlusion intestinale, suit son cours et la malade succombe quinze jours après le début des accidents sérieux.

A l'autopsie, outre les lésions de la péritonite, on trouve un gros calcul biliaire cylindrique, du poids de 17 grammes, long de 4 centimètres sur 3 de diamètre, et siégeant dans la partie supérieure de l'intestin grêle, mais sans y être enclavé, car on le faisait glisser assez aisément. C'était donc un cas d'occlusion incomplète et qui n'était devenue complète momentanément que par la contraction de l'intestin sur le corps étranger. C'est ce qui explique du reste la marche un peu anormale des accidents. La présence du calcul dans l'intestin grêle a provoqué par action réflexe la contraction spasmodique du canal sur le cholélithe, ce qui a donné lieu aux phénomènes d'étranglement interne. Sous l'influence d'une médication appropriée (opium, belladone, bains tièdes, etc.), le spasme intestinal a cessé et alors l'eau de Seltz et l'électrisation aidant, le cours des matiè-

res a été rétabli partiellement. Mais le travail sub-inflammatoire déterminé par le passage récent du calcul de la vésicule dans l'intestin, s'est réveillé au voisinage des adhérences, peut-être favorisé par les purgatifs, et il s'en est suivi, comme nous l'avons dit, une péritonite mortelle.

Une particularité assez remarquable de ce cas, c'est l'absence de météorisme pendant la plus grande partie de la période de l'étranglement.

Enfin, comme dans la plupart des cas de ce genre, le diagnostic causal était à peu près impossible, rien dans les antécédents de la malade n'ayant pu faire soupçonner la possibilité de la présence d'un calcul. (*France Médicale*, 18 décembre 1884.)

J. C.

FORMULAIRE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la diphthérie par le copahu à haute dose

Par M. le docteur Talbert.

Vu les différents traitements préconisés en ce moment contre la diphthérie, vu le découragement manifesté par la plupart des médecins dans le traitement de cette maladie, je crois devoir vous communiquer le résumé de ma pratique depuis 1860.

Elève de Bretonneau, puis de Trousseau, de 1860 à 1866, je donne le calomel, je cautérise, j'ouvre la trachée. Je perds les deux tiers de mes malades.

De 1866 à 1872, je donne copahu et cubèbe d'après la formule de Trideau (d'Andouillé). Je perds la moitié de mes malades. Beaucoup d'enfants refusent de prendre ces médicaments ou ne les tolèrent pas du tout.

En 1872, j'essaie le saccharure de cubèbe, de Delpech. Les enfants le prennent bien, mais ne guérissent pas mieux.

En 1873, très forte épidémie dans une commune rurale. Un vieux médecin allemand, résidant dans cette commune, traite les diphthériques par sangsue et vésicatoire. Il perd les dix premiers malades.

J'arrive deuxième. Je les traite par le saccharure de cubèbe à haute dose ; les enfants semblent avoir une amélioration qui n'est que momentanée.

Bref, je perds aussi mes dix premiers malades.

Mon onzième prend à haute dose et tolère bien un sirop de copahu, dont voici la formule :

Baume copahu.....	80 grammes
Essence menthe.. .	30 gouttes.
Gomme......	20 grammes

Mêlez, puis ajoutez :

Sirop............ 400 grammes
Battez rapidement, et ajoutez :
Eau.............. 50 grammes

Mon malade éprouve un urticaire très intense. A partir de ce moment disparaissent, comme par enchantement, toux rauque, voix éteinte, commencement de tirage, fausses membranes du pharynx.

Les vingt-deux malades, vus après ce onzième, ont suivi le même traitement et ont guéri.

Les sceptiques disent : l'épidémie était sur son déclin.

Mais depuis 1873 jusqu'à aujourd'hui, j'ai suivi le même traitement. J'ai eté appelé à voir plus de trois cents cas de diphthérie graves, très graves même (plusieurs étaient condamnés par les confrères).

J'affirme avoir guéri par le copahu à haute dose tous les diphthériques non arrivés à la troisième période, c'est-à-dire anesthésie et fort tirage.

—

Sur un nouveau mode d'administration du bromure et de l'iodure de potassium

(Procédé L. Poisson)

La Presse médicale s'est beaucoup occupée pendant ces derniers temps d'un nouveau mode d'administration des sels de potassium d'après la méthode de M. L. Poisson. Nous avons décrit, dans notre n° 9 (page 369), ce procédé qui consiste à présenter l'iodure et le bromure de potassium sous forme de pastilles de chocolat exactement dosées et contenant chacune 25 centig. de sel. Grâce à cette combinaison, la répugnance inhérente à l'emploi de ce médicament disparaît ; le malade peut en faire usage facilement à toute heure de la journée et la dose ingérée est toujours exacte, ce qui est loin d'avoir lieu avec les dissolutions ou sirops habituellement employés.

C'est donc avec quelque surprise que nous avons vu l'*Union médicale* critiquer, dans son n° du 12 mars 1885, ce mode d'administration. Notre confrère, tout en approuvant en principe cette innovation, pense que la dose contenue dans chaque pastille est trop faible (25 centigr.) et que dans les cas où ces sels sont employés à haute dose, ce procédé serait difficilement applicable. Il faudrait, en effet, faire prendre jusqu'à 32 pastilles par jour chez les malades qui devraient absorber 8 grammes de bromure ou d'iodure.

Nous répondrons à notre confrère que les cas où une dose aussi élevée est nécessaire sont relativement rares, et que l'emploi n'en saurait être prolongé pendant longtemps.

La dose moyenne est, on le sait, de 2 à 4 gr. par jour, ce qui représente de 8 à 16 pastilles Poisson. Nous pensons même que les malades condamnés à absorber 8 gr. d'iodure de potassium par jour préféreront encore prendre 32 pastilles que 10 cuillerées d'une solution plus ou moins nauséabonde.

Quoi qu'il en soit, alors même

que le procédé Poisson deviendrait inapplicable dans quelques cas très rares, nous pensons que ce procédé constitue un progrès considérable en thérepeutique, qu'il peut s'appliquer chaque jour à des milliers de malades et nous ne pouvons qu'en recommander l'emploi à nos confrères.

VARIÉTÉS

Le Conseil de famille de l'*Association des internes en pharmacie des hôpitaux de Paris*, sur l'avis exprimé par l'Assemblée générale du 15 décembre 1883, a décidé l'ouverture d'une souscription pour la publication des *Archives de l'Internat.*

Ces archives forment, quant à présent, deux volumes d'environ huit cents pages chacun. Le premier comprend la collection des années 1825 à 1861 et quelques documents antérieurs recueillis dans les journaux scientifiques de l'époque ; le second contient les années 1862 à 1882.

Une circulaire vient d'être adressée à tous les internes ou anciens internes dont l'adresse est connue au secrétariat ; elle invite ceux de nos collègues qui auraient des documents concernant les années 1840 — 1841 — 1842 — 1843 — 1844 — 1845 — 1846 — 1847 — 1865 — 1866 à les adresser soit à M. Mussat, boulevard St-Germain, n° 11, soit à M. Mayet, rue Baudin n° 20.

Cet appel a déjà été entendu. Grâce aux recherches de M. Sonnié-Moret, pharmacien à l'hôpital Beaujon, la collection s'est enrichie des brochures contenant les procès-verbaux publiés par l'Assistance publique depuis 1817 jusqu'en 1837, c'est-à-dire, depuis la création du concours pour l'admission dans les hôpitaux.

Les documents que possède aujourd'hui l'Association sont d'autant plus précieux que depuis l'incendie des bâtiments de l'Assistance publique, en 1871, les deux volumes qu'il s'agit de publier sont les seuls existant aujourd'hui où l'on puisse retrouver la série des promotions de l'Internat depuis sa création.

L'impression commencera aussitôt que le chiffre des souscripteurs aura atteint 300. Le prix des deux volumes est de 10 fr. payables après la publication. Adresser les demandes soit à M. Mayet, *trésorier*, rue Baudin, n° 20, soit à M. Mussat, *secrétaire général*, boulevard Saint-Germain, n° 11, qui s'empresseront de transmettre des bulletins de souscription.

Cours d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants. — Professeur : M. Tarnier. M. le Professeur Tarnier commencera le cours d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants, le mercredi 18 mars 1885, à midi (Grand amphitéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. Objets du Cours : Opérations obstétricales; Pathologie de la grossesse.

Hôtel-dieu. Clinique médicale. Professeur : M. G. Sée. — Le cours de Clinique médicale (2e semestre), s'ouvrira le lundi 23 mars, à 9 heures. Tous les lundis, leçon publique sur la Thérapeutique clinique. Les mercredis, conférences au lit du malade. Les vendredis, M. le Professeur Cornil traitera de la Tuberculose. M. Bochefontaine, chef du laboratoire de l'Hôtel-Dieu, fera tous les jeudis des expériences physiologiques. Visite tous les matins à 8 heures et demie.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Pré. qui a exercé honorablement pendant 40 ans la médecine à Chef-Boutonne (Deux-Sèvres).



REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 *mars* 1885. — Présidence de M. J. Bergeron.

M. le président déclare une vacance dans la section d'hygiène et de police médicale en remplacement de M. Fauvel.

Concours du prix Orfila. — M. Mathias Duval lit un rapport sur les trois mémoires envoyés pour le concours du prix Orfila.

Le mouvement de la population en France. — M. Th. Roussel. Il n'est pas vrai que notre race soit vouée à l'infécondité. Personne n'a encore démontré la déchéance de la race celtique depuis qu'elle a fait son apparition dans l'histoire. En France, d'ailleurs, il n'y a pas que des Celtes, il y a des Burgondes, des descendants des peuples du Nord, et ce sont ces derniers dont la fécondité en France est réduite au minimum.

La plupart des orateurs se sont volontiers arrêtés sur l'autre côté de la question : les moyens de diminuer la mortalité. La loi de protection des enfants du premier âge bien appliquée donnerait chaque année un excédent de population de 80.000 individus à peu près, ce qui doublerait l'accroissement de la population. Malheureusement, dans neuf départements, cette loi est encore lettre morte et, dans vingt-huit départements elle est à peine appliquée.

M. Roussel est d'autant plus à l'aise pour parler à cette tribune de la loi de protection des enfants du premier âge, dite loi Roussel, que l'Académie de médecine est véritablement la mère de cette loi.

Partout où cette loi a fonctionné, malgré la parcimonie des conseils généraux, les résultats ont été au-dessus de toute attente. Dans le Calvados, par exemple, la proportion des décès en 1882 était de 5 1/2 % ; en 1883, elle a été de 6.1. Avant au contraire, la mortalité était d'environ 10 %. Cependant le nombre des enfants protégés est de plus en plus considérable. En 1880, il y en avait 1985 dans le Calvados ; en 1881, il y en avait 2,669 ; en 1882, 3,667 ; en 1883, 3,285.

Dans la Seine, la loi de protection des enfants du premier âge, a donné des résultats aussi favorables.

En terminant, M. Roussel prie l'Académie de charger une de ses commissions de lui montrer les résultats de la loi du 23 décembre 1874 et de chercher les moyens d'améliorer encore ces résultats.

Concours des prix de l'hygiene de l'enfance. — M. Roger. La question proposée par la commission de l'hygiène de l'enfance était : de l'influence de la dentition sur les maladies infantiles. Le prix a été partagé entre six des concurrents.

Rapport sur les eaux minérales. — M. Bouchardat lit un rapport sur diverses demandes en autorisation d'exploiter les sources minérales.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 mars 1885. — Présidence de M. S. Duplay.

Contusion de l'abdomen par un coup de pied de cheval. — Laparotomie. — Mort, par M. Chavasse (du Val-de-Grâce). — **Rapport.** — M. Chauvel rappelle l'observation de M. Bouilly et le rapport de M. Berger sur la laparotomie faite par M. Bouilly pour une rupture de l'intestin.

M. Chavasse a fait un mémoire basé sur 149 observations de contusions de l'abdomen et de rupture de l'intestin.

Celle des conclusions qu'il avait tirée du dépouillement de ces observations est qu'il faut faire la laparotomie pour traiter directement les ruptures de l'intestin. Il eut bientôt l'occasion d'appliquer ce précepte sur un homme de 23 ans, dragon, frappé par un coup de pied de cheval qui fut très violent et qui présenta les symptômes de péritonite par rupture intestinale.

La laparotomie antiseptique fut pratiquée le 2 octobre.

L'auteur pense que, quoique le malade soit mort, que l'opération peut ne pas être inutile, même avec de la péritonite ; car, en présence d'une mort certaine, on est autorisé à donner au malade la seule chance de salut qui lui reste.

L'idée de la laparotomie dans des circonstances semblables paraît entrer dans l'esprit des chirurgiens. Il cite l'opinion de Mikulicz (de Cracovie), qui au dernier congrès des chirurgiens allemands, n'a pas craint de le préconiser.

Lecture. — M. Quénu lit une observation d'**ovario-hystérectomie avec ascite.**

Des suites éloignées de la désarticulation du genou. — M. Nepveu montre les moules de deux désarticulés du genou. Le premier est un homme de 63 ans, opéré il y a dix ans par M. Désormeaux. On ne peut pas savoir le procédé employé. La guérison se fit attendre dix-huit mois ; jamais il ne put marcher ni avec un cuissard, ni avec un pilon.

La peau est très adhérente aux condyles ; il existait, quand le malade fut vu par M. Verneuil, une ulcération qui guérit avec beaucoup de peine et se reproduisait avec la plus grande facilité.

L'autre est un soldat, amputé à Gravelotte en 1870. Ce ne fut qu'après dix-huit mois que la plaie se cicatrisa. La peau était adhérente sur les condyles. Il ne pouvait se servir d'une jambe de bois : il ne peut se servir que d'un cuissard. Il marche assez bien.

Voilà donc deux opérations où les suites éloignées sont peu favorables ; car, dans un cas, le malade ne peut se servir d'aucun appareil prothétique ; dans l'autre, il est obligé d'avoir un appareil coûteux.

M. Verneuil. — J'ai engagé M. Nepveu à publier ces deux observations ; car je considère la désarticulation du genou et même celle du coude comme très mauvaises.

Ostéomyélite du tibia gauche. — Ankylose de la hanche droite. — Ostéotomie sous-trochantérienne. — Guérison. — Présentation de malade. — M. Lucas Championnière. Le malade que je vous présente est venu, en 1882, il y a deux ans, dans mon service, avec une ostéomyélite du tibia

gauche -- trépané immédiatement et largement -- un peu de pus dans le tibia. Le lendemain le genou était très tendu. Je l'ai ouvert, il y avait du pus ; il existait aussi des fusées purulentes dans le mollet. Tout était guéri après quelques jours et je n'ai pas immobilisé le membre. Mais dans les mois qui ont suivi, tous les muscles du membre inférieur du côté opposé se sont atrophiés ; puis plus tard douleur du côté de la hanche, qui se termina par ankylose. Je lui ai fait l'opération de Volkmann, c'est-à-dire l'ostéotomie du fémur au-dessous des grands trochanters, j'ai redressé le fémur, de sorte que le pied, qui ne pouvait toucher le sol, le touche actuellement.

Le malade marche assez bien comme vous le pouvez voir. La plaie de l'ostéotomie a été guérie en quatre jours.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ÉLYSÉE

Séance du 5 janvier 1885. — Présidence de M. Blondeau.

M. Nicaise, avant de quitter la présidence, adresse ses remercîments à la Société, il adresse également quelques paroles de regrets aux membres décédés pendant l'année, MM. Maingault et Rowlatt, et souhaite la bienvenue aux nouveaux, MM. Cadier, Royer et Félizet. Il propose des remercîments au trésorier, M. Guillon.

M. Blondeau prend place au fauteuil, et après un bref discours de remercîment, la séance est ouverte à 8 h. 1/2.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Guillon lit son rapport sur l'état des finances de la Société.

MM. Canuet et Nicaise sont nommés pour vérifier les comptes.

M. Debout présente un médicament tout nouveau, encore à l'essai et à l'étude à Lyon dans les laboratoires de MM. Lépine et Mollière. C'est la **Terpine ou hydrate de Térébenthène**, sur lequel on trouve tous renseignements chimiques de composition et de préparation dans le Dictionnaire de Wurtz.

La dose essayée est de 0 gr. 20 en 24 h. dans une potion.

Il trouverait son indication dans les affections chroniques des bronches et des reins.

C'est un médicament tout à fait nouveau, que l'on étudie en ce moment ; la suite jugera sa valeur.

M. Blondeau donne lecture de la protestation faite par la Société médicale du IIIe Arrondissement au sujet de la création des médecins délégués pendant l'épidémie cholérique de 1884.

A l'unanimité des membres présents, la Société de l'Elysée décide de s'associer à cette protestation, et que le bureau communiquera cette adhésion à la Société du III[e] Arrondissement.

M. Blondeau ajoute qu'il est d'autant plus autorisé à signer cette protestation que lui-même a été nommé délégué, mais qu'il a formellement répondu à la préfecture de police qu'il acceptait ces fonctions à la condition expresse qu'il ne serait envoyé que dans des familles dans lesquelles il ne serait pas encore venu de médecin, autrement dit dans les cas urgents, et qu'il n'exercerait aucun contrôle. En outre, on avait pensé faire faire à ces délégués une garde dans un local quelconque. M. Blondeau a refusé, disant qu'il se mettait à la disposition des malades, mais chez lui et non ailleurs.

Une Commission composée des membres du Bureau, et auxquels sont adjoints MM. Nicaise, Canuet et Balzer, est nommée pour étudier la question budgétaire de la Société.

Antipyrine.— M. Roussel. Messieurs, je regrette que l'absence de M. Huchard nous prive de sa communication sur les propriétés de l'*antipyrine*. J'avais l'intention de prendre la parole après lui et si vous le voulez bien, je vais vous soumettre quelques-uns des résultats de mon observation personnelle.

L'antipyrine trouvée par Know d'Erlangen, et cliniquement étudiée par Filehne, est un produit de la synthèse de la chinoline par le radical méthyle, sa formule est $C^{10} H^{13} NO$. C'est une poudre cristalline, blanchâtre, amère, aromatique, très soluble dans l'eau ; elle a été beaucoup étudiée dans les cliniques d'Allemagne, et en Italie par Ampugnani et Marigliano. Ces expérimentateurs ont trouvé nécessaire de l'employer aux doses assez considérables de 2 grammes d'heure en heure jusqu'à 5 à 6 grammes par jour.

Passant ensuite au mode d'emploi, M. Roussel pense qu'il est préférable d'employer ce médicament, supérieur à son congénère la kaïrine, par la méthode hypodermique. C'est du reste par ce procédé qu'il fait absorber un grand nombre d'alcaloïdes sans avoir jamais eu d'abcès consécutifs.

La dose employée par lui est de 5 centigrammes, soit une seringue d'une solution à 5 %. Chez les phthisiques à la période ultime il constate, au bout de 20 minutes au plus, un abaissement de température de 39° à 38° et même 37°6 et le pouls des-

cend de 115 ou 120 à 90 ou 85. La respiration devient moins pénible et le malade s'endort, la peau moite, sans sueurs profuses comme l'ont remarqué les autres expérimentateurs. M. Roussel insiste sur la différence des doses employées, 5 centigrammes au lieu de 4 et 6 grammes. Par ce moyen, il est arrivé à faire manger en calmant les vomissements consécutifs aux accès de toux des phthisiques porteurs d'ulcérations tuberculeuses du larynx et du pharynx. Les effets du médicament se prolongent pendant 12 à 14 heures environ.

M. Roussel estime que les abcès, phlegmons, etc., consécutifs aux piqûres sont imputables au médecin qui opère mal, ou au médicament qui est mal choisi ou à l'instrument qui est sale.

Les seringues et les aiguilles sont construites de façon à être inaltérables au contact des métaux et absolument antiseptiques; la seringue est d'une seule pièce de cristal, sans embout, ni ajutage, propices à retenir les impuretés. Les talons des aiguilles sont de caoutchouc durci, de celluloïde et d'ambre, les aiguilles sont d'acier platiné à l'intérieur, très fines, et de 0,05 de longueur.

Sauf indications d'appliquer la piqûre *loco dolenti*, c'est la partie latérale de la fesse qu'il choisit toujours pour un traitement de quelque durée, et malgré le très grand nombre de piqûres répétées dans cet espace limité chez certains malades, je n'ai jamais noté aucun accident. Pour un remède nouveau, c'est toujours sur lui-même qu'il recherche l'effet produit.

M. Caulet. — Il résulte de ce que vient de dire M. Roussel que l'injection hypodermique de cinq centigrammes d'antipyrine amène en quelques minutes un abaissement de température de 2 degrés. C'est là, certes, un fait très intéressant. Je prierai notre collègue de compléter sa communication en nous faisant connaître les avantages qu'il retire de l'emploi répété chaque jour de ces injections dans la fièvre hectique des tuberculeux. Il m'a semblé, pour ma part, que, dans ces cas, l'effet le plus clair des antithermiques était d'avancer le terme fatal.

D'autre part, M. Roussel est tellement frappé des avantages de l'introduction hypodermique des médicaments qu'il n'en admet pas d'autre. A part la purgation, qu'on obtient difficilement par cette voie, c'est ainsi qu'il réalise toutes les médica-

tions. Il nous semble que notre collègue fait bon marché des inconvénients très réels des injections sous-cutanées et des contre-indications de la méthode.

Que l'on choisisse la voie hypodermique dans certains cas où il importe, avant tout, de frapper vite et fort, qu'on l'accepte par nécessité, quand le tissu cellulaire est la seule porte d'entrée dont on dispose ou dont on soit sûr, rien de mieux.

Mais il nous semble qu'en tout autre circonstance les méthodes ordinaires sont infiniment préférables. Rien n'est si facile avec elles que de mesurer le médicament, de limiter son action par la répétition des prises. Le dosage des remèdes est toujours chose incertaine et relative ; seule, la fragmentation des doses met à l'abri des surprises et des accidents.Comment ferez-vous pour les éviter avec un procédé qui oblige à jeter brusquement et d'un seul coup tout une dose dans la circulation. J'imagine que vous n'allez pas cinq ou six fois par jour chez votre malade pour lui faire des injections. En 1867 j'ai vu mourir en quelques instants un malade atteint d'affection avancée du cœur, auquel je venais, sur le conseil de Bouillaud, de pratiquer une injection de cinq milligrammes de morphine. Cette difficulté du dosage est telle ici qu'on a dû renoncer absolument à l'usage hypodermique de quelques substances, de l'atropine, par exemple.

D'ailleurs le dosage le mieux approprié ne garantit pas contre tout péril. Il est toujours possible que l'aiguille pénètre dans quelque veinule et que l'injection détermine alors la mort subite. On a publié il y a quelques années une série de ces cas malheureux, et je ne sais pas de précaution qui mette absolument à l'abri de semblable éventualité.

Si la méthode manque de sécurité, elle ne satisfait guère au « *jucunde* » du précepte hippocratique. M. Roussel, il est vrai, ne croit pas aux accidents locaux ; ceux-ci, pense-t-il, n'arrivent qu'aux gens qui ne savent pas s'y prendre. N'a-t-il donc jamais vu la quinine, l'ergot, le mercure produire des douleurs persistantes, de l'irritation sous-cutanée, du gonflement, de l'induration ? Le tissu cellulaire de mes malades s'est montré moins tolérant ; jamais avec les substances précédentes, ceux-ci n'ont échappé complètement aux accidents locaux : le plus souvent ils avaient eté sérieusement importunés ; je

dirai même que bien des fois ces petits accidents ont suivi de simples injections de morphine.

Pour toutes ces raisons, je crois que la méthode hypodermique est et mérite de rester une méthode d'exception, de nécessité. — Pour ma part, si j'étais enrhumé, je n'aurais pas l'idée de me faire une piqûre de morphine pour calmer ma toux, — s'il m'arrivait de contracter la vérole, avant d'en venir aux injections de peptone mercurique, je prendrais simplement des pilules.

M. Roussel.—L'injection d'un médicament bien choisi et bien faite ne cause jamais aucun mal. Le peptone mercurique occasionne seulement une légère douleur, jamais d'accidents consécutifs.

M. Hervé de Lavaur.—Je me suis servi du peptone mercurique me conformant très exactement aux idées et préceptes de M. Martineau, qui a préconisé ce traitement, et dans un certain nombre de cas j'ai vu survenir des abcès, des phlegmons et autres accidents qui m'ont forcé à renoncer à la voie sous-cutanée. Il ne faut donc pas dire que jamais les injections hypodermiques ne causent d'accidents. Quant au modus faciendi, je pense avoir une certaine habitude de faire ces petites opérations pour croire que les suites fâcheuses ne sont du fait ni de l'opérateur, ni de l'instrument, comme l'affirme si nettement M. Roussel.

M. Roussel. Je maintiens que si après une injection sous-cutanée il y a de la douleur, s'il survient des accidents, il faut en accuser soit l'opérateur, soit la solution dont on s'est servi, et qui peut être de mauvaise qualité, soit enfin le lieu mal choisi pour l'injection. Je répète que pour mon compte, j'ai pratiqué un très grand nombre de ces injections de toutes sortes et jamais je n'ai eu ni douleur, ni accident chez mes malades.

Répondant à M. Caulet, je dirai que je trouve un grand intérêt à abaisser la température chez mes phthisiques parce que je leur permets de manger et de dormir.

La séance est levée à 10 h.

Le secrétaire annuel,
Dr Chipier.

Le Gérant: Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS
Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES

Par le Dr Gallard, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

LEÇON D'OUVERTURE FAITE LE 17 MARS 1885.

PROGRÈS DE LA GYNÉCOLOGIE PENDANT LE COURS DU XIXe SIÈCLE.

Au nombre des progrès réalisés pendant le cours du XIXe siècle, qui en a vu se produire un si grand nombre et de si importants, dans toutes les branches de la science, on ne peut omettre de signaler ceux qui se rapportent à l'étude et à la pratique des maladies des femmes.

Dès la première année de ce siècle, déjà si éloignée de nous, on voyait dans cet Hôtel-Dieu de Paris, qui a été illustré par les enseignements et la pratique de tant de maîtres justement célèbres, se vulgariser un instrument, le spéculum, qui nous rend tous les jours encore de si grands services. Il n'était pas

FEUILLETON

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE : COMMUNICATIONS DIVERSES; ÉLECTION D'UN ASSOCIÉ. — MISE A LA RETRAITE DU PROFESSEUR BOUCHARDAT.

L'Académie a ajourné les discussions pendantes probablement jusqu'au moment où les deux commissions — celle sur la prophylaxie de la syphilis et celle sur les mouvements de la population en France — auront déposé leurs rapports. Elle a profité de ce répit pour liquider un arriéré de communications, aussi variées d'ailleurs qu'intéressantes et que nous ne pouvons qu'énumérer à cette place. C'est ainsi que dans la même séance on a eu le récit d'une néphrectomie par M. Ledentu, d'une gastrotomie par M. Terrillon, d'une suture du

absolument inconnu des anciens : les recherches bibliographiques les plus sommaires suffisent à le prouver. Mais ils s'en servaient si peu, et je pourrais dire si mal à propos que son introduction dans la pratique par Récamier, un des plus éminents de nos prédécesseurs dans cet hôpital, à la mémoire desquels nous devons toujours rendre hommage, peut être considérée comme une DÉCOUVERTE.

En tout cas, ce fut bien une véritable *invention*, car, pour réaliser l'instrument dont il se servit le premier et dont nous faisons encore tous les jours usage, Récamier ne s'inspira nullement de ce qui avait été fait avant lui.

Aux spéculums à branches et à développement, d'un mécanisme assez compliqué, qui avaient été employés avant lui, il substitua le spéculum plein à parois résistantes, métalliques ou autres, qui, tout en permettant de découvrir le col de la matrice et de le mettre en lumière pour reconnaître les altérations dont il peut être le siège, offre cet énorme avantage de protéger les parois du vagin contre l'action, irritante ou caustique des divers agents employés pour modifier ou détruire ces altérations morbides. C'est donc un instrument de traite-

---

nerf médian par M. Surmay (de Ham), sans compter les communications de M. Combes sur les altérations des dents chez les morphinomanes, et de M. Laboulbène sur la propagation du choléra par les eaux potables. Enfin, à la suite d'une élection assez disputée, M. Durand-Fardel a échangé son titre de membre correspondant contre celui de membre associé.

— Le ministère de l'instruction publique semble enfin faire droit aux vœux si souvent exprimés sur la mise à la retraite d'office des professeurs de l'enseignement supérieur qui auraient tendance à vouloir célébrer leurs noces d'or avec l'Université. Par un arrêté tout récent, M. Bouchardat vient d'être nommé professeur honoraire. En Turquie, quand le sultan voulait se débarrasser d'un haut fonctionnaire, il lui envoyait le cordon pour se pendre. M. Fallières est moins oriental : il envoie l'honorariat ; M. Bouchardat doit donc s'estimer très heureux de n'être pas turc. Du reste pour montrer que cette mesure n'a aucun caractère personnel, deux professeurs de

ment au moins autant que de diagnostic, et c'est à ce titre qu'a près plus de 80 ans, il est encore journellement employé.

Ce n'est pas que pendant ce long laps de temps il n'ait eu à subir de nombreuses et importantes modifications, dont quelques-unes ont été de véritables perfectionnements, dont la plupart ne sont que des complications inutiles, dont l'application ne s'est pas étendue au delà de la pratique, souvent très restreinte, de leur inventeur.

Je ne veux pas vous faire ici l'historique des diverses espèces de spéculum ; c'est un sujet que j'ai déjà traité ailleurs(1) ; mais je ne puis m'empêcher de vous dire d'abord que les plus utiles perfectionnements apportés à la construction de cet instrument rappellent les noms de trois anciens chefs de service de l'Hôtel-Dieu qui sont : Dupuytren, Jobert de Lomballe et Cusco ; puis, que celui qui suivant moi les résume tous, est dû à l'esprit ingénieux et pratique de notre vénéré maître Ricord.

Le spéculum utérin est donc une conquête de l'esprit français, dont nous avons le droit de faire honneur à nos compatriotes ; mais ce n'est pas la seule.

(1) Voir Leçons cliniques sur les Maladies des Femmes, 2e édit., 1879.

---

la Faculté de médecine de Montpellier dont les débuts dans le professorat remontent à une antiquité assez reculée, MM. Boyer et Dumas père ont également reçu la fiche de consolation de l'honorariat. A quand les autres préhistoriques de l'enseigne ment, du Muséum et d'ailleurs ?

OUVRAGES REÇUS :

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le docteur Labadie Lagrave. Des maladies spécifiques (non tuberculeuses) du poumon, bronchites aiguës, pneumonies parasitaires, gangrène, syphilis, cancer et vers hydatiques du poumon, par le professeur G. Sée. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1885.

Manuel pratique des maladies de l'oreille, par le docteur Lévi. 1 vol. in-18, avec 80 figures intercalées dans le texte. francs. A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Durant les premières années qui suivirent sa vulgarisation, on semblait s'imaginer que toute la gynécologie devait être comprise dans l'aire de cet instrument et l'on oubliait pour ainsi dire qu'il pût y avoir autre chose au delà de ce qu'il rendait accessible à la vue. Mais l'illusion et l'engouement ne pouvaient durer infiniment, et après avoir décrit avec soin les diverses lésions anatomiques dont le museau de tanche peut être le siège, on voulut savoir ce qui se passait du côté du corps même de la matrice, que le spéculum ne permet pas d'explorer. C'est alors que, sous l'influence de l'impulsion donnée par Lisfranc et Velpeau, la pratique du toucher, familière aux cliniciens de la fin du XVIIIe siècle et un instant négligée, fut enfin remise en honneur.

Les changements de volume et de forme de l'utérus jouèrent alors un rôle important en gynécologie et l'on s'attacha surtout à étudier la question de l'influence réciproque que peuvent exercer, les unes par rapport aux autres, les ulcérations du col, découvertes par le spéculum, et les modifications de volume et de poids constatée par le toucher. — Comme toujours, des opinions extrêmes et radicalement opposées ne tardèrent pas à se produire et à entrer en lutte. Ce ne fut pas sans profit pour la science, car ce sont les discussions relatives à l'engorgement de l'utérus qui ont fourni les documents d'après lesquels il a été possible d'établir depuis que toutes les lésions en apparence si diverses à chacune desquelles on attribuait alors une importance excessive, dérivent toutes d'un même processus morbide : *l'inflammation*, et ne sont, à proprement parler, que des manifestations variées de la *métrite chronique*.

Il y a cependant des changements de forme qui doivent procéder d'une autre cause pathologique : ce sont les déviations et en particulier les flexions de la matrice. Qu'elles tiennent ou non sous leur dépendance les ulcérations et les engorgements, ou qu'elles soient elles-mêmes de simples modalités de la métrite chronique, il devenait intéressant d'abord de les reconnaître, puis de les traiter. — C'est ce que le doigt seul ne pouvait pas faire, et après l'avoir utilisé pour explorer les parties situées au-dessus du champ du spéculum, il fallait trouver un moyen de pousser les investigations plus loin encore qu'il ne permet d'atteindre.

C'est ce qui fut fait par l'invention de l'hystéromètre, instrument bien simple dont l'emploi fut énergiquement combattu à l'origine et qui, malgré les attaques passionnées, malveillantes même, dont il a été l'objet, n'a pas tardé à se vulgariser à ce point qu'il n'est plus possible de s'occuper de maladies des femmes sans y avoir journellement recours.

Trois praticiens également distingués paraissent l'avoir imaginé presque simultanément et à l'insu l'un de l'autre, sans qu'aucun d'eux puisse être accusé de plagiat. Ce sont : Huguier à Paris, Simpson à Edimbourg et Kiwisch, à Prague. — La priorité ne peut en aucune façon appartenir à Kiwisch puisqu'il reconnaît n'avoir employé son instrument pour la première fois qu'en 1845, tandis que Huguier et Simpson avaient déjà fait construire le leur depuis deux ans.

Huguier a fixé lui-même la date du 22 septembre 1843 comme celle de son premier cathétérisme intra utérin — et je ne sais si Simpson l'a précédé. — Mais, dussé-je être taxé de *chauvinisme*, je n'hésite pas à revendiquer pour la France le mérite d'avoir fourni à la pratique gynécologique la méthode qui consiste à explorer la matrice au moyen d'une sonde rigide introduite dans sa cavité. — En effet, Samuel Lair avait, dès 1828, conseillé d'introduire dans l'intérieur de la matrice un stylet ou une sonde, pour se rendre compte de la nature et de l'étendue des altérations siégeant dans sa cavité, et vers le même temps, Récamier s'était servi de sa cuvette pour le même usage. — Ce seraient donc ces deux Français qui seraient les précurseurs de l'idée, si la priorité de l'invention devait être attribuée à Simpson plutôt qu'à Huguier, et s'il ne fallait pas, comme toujours, remonter jusqu'à Hippocrate pour trouver les premiers rudiments d'une idée ou d'une invention que l'on peut être tenté de considérer comme moderne.

Quoi qu'il en soit, l'hystéromètre n'a pas eu seulement pour effet de nous mettre à même de diagnostiquer les déviations utérines et de les traiter. Il a eu un autre résultat bien inattendu, et de celui-là le mérite revient bien exclusivement à Huguier, sans la moindre contestation : c'est de montrer que l'altération pathologique décrite sous le nom de chute ou de précipitation de la matrice n'est le plus habituellement autre

chose qu'un allongement hypertrophique du col utérin portant le plus souvent sur sa portion sus-vaginale.

C'est un point intéressant de la pathologie utérine dont vous avez pu nombre de fois constater la justesse, chez des femmes dont le corps de l'utérus était demeuré à sa place dans la cavité pelvienne, tandis que le col proéminait entre les cuisses, la cavité totale de l'organe ayant atteint des longueurs de 12 et même 15 centimètres.

Tout dernièrement encore vous avez vu la même altération chez une jeune fille, encore vierge, dont le museau de tanche faisait saillie à travers l'hymen dilaté et dont la cavité utérine mesurait 10 centimètres 1/2 de longueur.

Pour combattre cette lésion, Huguier a eu l'idée hardie d'amputer la portion saillante du col, et cette opération lui a donné d'excellents résultats, comme elle en donne encore tous les jours entre les mains de Pozzi dont l'habileté opératoire nous rappelle heureusement celle de notre ancien maître.

Nous devons encore à l'hystéromètre et à son emploi bien dirigé, combiné avec le toucher vaginal et la palpation hypogastrique, nous devons, dis-je, la connaissance plus récemment acquise d'autres lésions qui ne sont plus propres à la matrice, comme celles dont il vient d'être parlé, et qui existent en dehors d'elle, dans les tissus péri-utérins.

Il y a là tout un groupe d'affections, dont la constatation matérielle ne peut être faite que grâce aux moyens physiques d'exploration, dont l'interprétation pathologique exige la connaissance de notions d'anatomie et de physiologie, qui sont, elles aussi, des conquêtes de ce siècle.

On avait bien, il y a deux cents ans et plus, entrevu les phénomènes si intéressants qui se passent du côté de l'ovaire et qui constituent l'acte de l'ovulation. Mais les travaux si justement appréciés de Jean de Horne, de Swammerdam, de Harvey et surtout de Regnier de Graaf, étaient restés dans le domaine de la science pure, et n'avaient reçu aucune application pratique jusqu'au jour où ils furent complétés par les recherches de Négrier, de Coste, de Bischoff, de Pouchet, qu'avaient précédées celles de Power et de Girdwood.

C'est à Négrier, d'Angers, surtout, que nous devons cette notion si nette et si précise de l'ovulation spontanée et de la ponte

périodique, qui tient sous sa dépendance tous les phénomènes physiologiques et pathologiques de la menstruation; et sa théorie, si féconde en déductions pratiques, me paraît destinée à résister à toutes les attaques qui ont été dirigées contre elle.

Au nombre des maladies qu'il convient de considérer comme une déviation des actes physiologiques dont il nous a révélé l'existence figure, en première ligne l'hématocèle péri-utérine, dont nous devons la description clinique à deux Français : Nélaton et Laugier, et qui a donné lieu depuis à des travaux nombreux de savants appartenant à d'autres nationalités aussi bien qu'à la nôtre.

Au nombre des maladies qui sont sous la dépendance du fonctionnement de l'ovaire et dont les anciens ne paraissent pas avoir eu une connaissance suffisamment précise, je ne puis omettre de signaler les inflammations de l'ovaire et des divers organes et tissus qui l'environnent.

On m'accordera que si l'ovarite aiguë des femmes en couches a pu être connue de tout temps, il n'en était pas de même de celle qui se produit en dehors de toute influence puerpérale, et que l'on chercherait en vain une description dogmatique complète de cette maladie, antérieure à celle qui a été publiée en France.

J'en pourrais dire autant des phlegmasies péri-utérines. Lorsque Nonat a disputé à Valleix la priorité de la description du phlegmon rétro-utérin non puerpéral, ce dernier a eu le bon goût de ne pas insister et de ne revendiquer d'autre mérite que celui de l'exactitude des faits cliniques contenus dans le travail qu'il avait publié ; il a eu raison, car il est bien établi que cette priorité appartient à Gendrin.

En ce qui concerne la nature et le siège de ces inflammations si nombreuses et si variées, qui se rencontrent si souvent dans le petit bassin sur les organes constituant le système génital de la femme ou dans leur voisinage, des discussions ardentes ont été soulevées, et elles ne sont pas encore terminées. Mais on peut entrevoir déjà, comme peu éloigné, le moment où la lumière se fera et où l'on pourra se reconnaître au milieu de ce chaos en apparence inextricable, comme on a fini par se reconnaître au milieu des lésions non moins nombreuses et non moins confuses dont le classement méthodique a permis : l ›

constituer, sur des bases véritablement cliniques, l'histoire de la métrite chronique.

Il ne serait même pas impossible que les recherches bien dirigées dans ce sens ne finissent par nous montrer comment se forment et se développent les tumeurs, solides et liquides, fibreuses et kystiques, qui se rencontrent dans cette région et sur l'histoire pathologique desquelles le contingent des travaux étrangers, anglais, allemands ou américains est, il faut bien le reconnaître, supérieur à celui des travaux français.

C'est surtout au point de vue du traitement de ces tumeurs par l'extirpation que nos chirurgiens ont été devancés. Non pas que la hardiesse leur ait manqué, car pour quelques-uns cette hardiesse a pu parfois même être taxée de témérité. N'a-t-on pas vu Récamier pratiquer l'ablation de la matrice en totalité, opération que l'on propose aujourd'hui de rendre presque courante ! Nous nous rappelons un chirurgien qui faisait l'ovariotomie sans sourciller, prétendant que sur 20 opérations on devait compter un succès, sans avoir jamais atteint le chiffre qui lui permît d'enregistrer ce succès.

Il a fallu pour mettre fin à cette série désastreuse de cas malheureux que Nélaton allât en Angleterre pour y apprendre la façon dont on pratique les ovariotomies qui guérissent, et l'importer en France. Il y a réussi, et c'est à son école, dont M. Péan est le plus brillant et le plus heureux représentant, que se sont formés les chirurgiens français, pour qui cette opération est aujourd'hui familière et dont les succès ne se comptent plus. Ceux de la première heure ne peuvent, du reste, pas être attribués à l'influence favorable du pansement antiseptique qui n'était pas encore inventé, et qui a été si utilement employé par la suite.

Au point de vue chirurgical, les progrès réalisés sont donc immenses. Il y a 50 ans, Lisfranc pratiquait quelquefois l'emputation du col de l'utérus, mais avec un insuccès tel que ses élèves eux-mêmes étaient obligés de le signaler ; aujourd'hui, grâce à l'écraseur de Chassaignac et à l'anse galvano-caustique, nous sommes absolument sûrs d'obtenir un résultat favorable toutes les fois qu'il ne s'agit que d'une simple hypertrophie, et nous avons assez souvent des guérisons complètes même dans les cas de cancer avéré.

L'amputation conoïde d'Huguier, pour laquelle il faut nécessairement se servir de l'instrument tranchant, donne elle-même de très brillants résultats. Je viens de vous indiquer ceux non moins heureux de l'ovariotomie. L'avenir dira ce qu'il faut espérer de l'hystérotomie partielle ou totale.

Mais pour la partie médicale il nous reste bien plus à faire, et si vous avez bien suivi, Messieurs, l'exposé rapide de l'état actuel de la science que je viens de faire passer sous vos yeux, vous avez certainement compris que ce qui est le moins bien connu, c'est la pathologie des ovaires. C'est sur ce point que doivent être plus spécialement dirigées nos recherches et nos études ; c'est là qu'est l'obscurité et l'inconnu, c'est là que les découvertes devront être plus nombreuses, plus utiles et surtout plus fructueuses.

REVUE PROFESSIONNELLE

LE MÉDECIN PEUT-IL RECEVOIR D'UN MOURANT UN PLI CACHETÉ OU DES OBJETS DESTINÉS A UNE PERSONNE TIERCE ?

Par M. le Dr LEGRAND DU SAULLE.

(*Suite et fin.*)

Le dépôt cacheté était un don manuel. Indépendamment de lettres et de papiers d'affaires, ne renfermait-il pas des billets de banque ou des titres au porteur ? On ne le saura jamais. S'il est vrai que le don manuel *in articulo mortis* soit valable, lorsque le donateur est sain d'esprit et lorsque les objets sont remis au destinataire par l'entremise d'un tiers, c'est à la condition formelle que ce tiers ait mission pour accepter, comme le père pour son fils, le tuteur pour l'interdit, ou qu'à défaut de ces qualités, il soit nanti de la part du donataire d'une procuration par acte authentique. Le Dr X... avait-il mission ? Non.

Si le tiers n'a pas mission pour recevoir, il faut qu'il remette les objets au destinataire avant la mort du donateur, ou que le donataire, dûment averti, déclare accepter *alors que le disposant vit encore*. Il faut, en un mot, le concours de deux volontés : l'une qui donne, l'autre qui accepte. Dans les trois cas

qui viennent d'être admis, les deux volontés existent. Hors de ces conditions, on ne les retrouve plus. Le Dr X... a-t-il remis les objets en temps utile? Non. La malade est morte le surlendemain, et notre confrère n'a pu remplir ses engagements que trois jours après l'enterrement de Mme H... Donc, en considérant le dépôt cacheté comme un don manuel, on arrive nécessairement à cette conclusion que la mission du Dr X... a été un acte entaché de nullité.

La lettre, renfermant un cadeau pour le jour éloigné du mariage de la petite fille, a été un indiscutable don manuel. Le père, quoique médecin traitant, peut-il accepter cette libéralité transmise par la simple tradition, c'est-à-dire de la main à la main ? Cela n'est pas douteux. Mme H... laisse une fortune dépassant cent mille francs et elle n'a point substitué le Dr X... comme l'un de ses héritiers. Elle a voulu laisser un petit souvenir, à titre rémunératoire, et elle l'a elle-même remis. Sa libéralité est certainement valable.

En résumé, dans le cas particulier, notre honorable confrère s'est trouvé dans des conditions émouvantes et vraiment toutes spéciales. Il a eu le vif désir d'obliger comme homme une malheureuse femme qu'il ne devait pas sauver comme médecin et, en cela, personne ne songera à le blâmer bien fort, mais il est évident qu'il a eu tort *professionnellement*. Je le lui ai fait savoir (1).

Et maintenant, la situation sera-t-elle la même si, au lieu d'être à son lit de mort, la personne qui s'adresse au médecin se trouve en prison, en plein mouvement révolutionnaire, et menacée d'un moment à l'autre d'une exécution sommaire ? Là encore, je crois que l'abstention doit être la règle.

Les événements politiques doivent laisser le médecin absolument froid et insensible dans l'exercice de son mandat médical. Il n'a point à prendre parti pour ou contre la nuance qui triomphe, pour ou contre la nuance qui est vaincue. Un malade a besoin de lui, et il le soigne en prison avec le même dévouement, qu'il soit archevêque de Paris ou insurgé vulgaire. La couleur politique et la qualité du détenu n'ont aucune prise sur lui. Nous cherchons la lésion et nous la combattons par les moyens que la science nous a révélés. Le reste ne nous regarde pas.

(1) Le *Courrier médical*, 2 décembre 1882.

Du 18 mars au 24 mai 1871, j'ai redigé et signé, au Dépôt de la préfecture, plus de sept cents certificats individuels. Je n'ai point été influencé par des considérations extra-médicales, et plus de six cents mises en liberté ont été prononcées sur le vu de mes pièces. Du 1er juin au 31 juillet, j'ai vu défiler devant moi un nombre absolument colossal de gens arrêtés pour participation aux événements de la Commune. Là encore l'état de santé de ces détenus pouvait seul m'offrir de l'intérêt. Les rôles politiques étaient intervertis, mais le médecin se retrouvait toujours médecin, et c'est là ce qui fait la force et la gloire de notre admirable profession.

Parmi les aventures dont j'ai été le témoin à cette époque si agitée, mes souvenirs me retracent deux faits qui rentrent à peu près dans la question traitée tout à l'heure.

En avril 1871, un otage de la Commune me pria, dans sa cellule, de lui rendre un service. Il était fonctionnaire public et avait droit à la retraite. Dans la crainte d'une révocation, qui aurait laissé sa famille sans pain, il désirait écrire à M. Thiers, à Versailles, et faire immédiatement valoir ses droits à la retraite. Il s'attendait à être fusillé et désirait que sa veuve reçût une pension. Je trouvai effectivement qu'il n'y avait pas d'autre moyen de sauver la situation, mais je ne répondis pas. Pendant que je parlais à un second détenu, la lettre ployée en quatre fût habilement glissée dans mon chapeau posé par moi sur l'un des lits de la cellule double. Je ne fis pas semblant de m'apercevoir de cette manœuvre, je me couvris négligemment et je sortis. Je conservai la lettre et la rendis à son auteur, après son évasion de la Roquette, à la fin de mai 1871. S'il eût été passé par les armes, je l'aurais remise à M. Thiers. Mais, en y réfléchissant, n'ai-je point eu tort d'agir ainsi ?

Un autre otage griffonna un testament, le laissa ouvert et l'oublia *par mégarde* sur mon bureau. Demeuré seul dans mon cabinet, je lus la pièce et la plaçai en lieu sûr. Cet otage survécut également et put rentrer plus tard en possession de son acte improvisé de dernière volonté.

Je n'avais rien promis à ces hommes que je voyais pour la première fois de ma vie. Le second de ces otages ne m'avait même rien demandé. Je n'ai donc agi que par le fait d'un bon mouvement, sans engagement aucun vis-à-vis de qui que ce

soit, dans ma complète indépendance et sous ma responsabilité personnelle. Néanmoins, au bout de quatorze ans, j'incline à penser qu'il faut peut-être se défier d'un bon mouvement.

Transportons maintenant la discussion sur un autre terrain. Un mourant peut verbalement prier son médecin de dire telle chose à telle personne, d'exprimer tel désir à tel individu, de faire telles excuses ou telles recommandations à celui-ci ou à celui-là, et le médecin, s'il a promis son concours, peut parfaitement bien acquitter sa dette toute morale. Il agit là comme homme et non plus comme médecin, et il ne fait que communiquer une parole reçue. Il n'encourt aucune responsabilité civile, comme dans la transmission d'un paquet cacheté ou d'un objet quelconque. Il peut évidemment refuser la mission; mais s'il l'accepte, il ne s'expose à rien en l'accomplissant.

De même, au milieu des calamités publiques, le médecin peut recevoir d'un homme qui s'attend à mourir telle prière qui le surprenne, l'émeuve et l'engage moralement, s'il promet de déférer, dans la mesure du possible, au vœu suprême qui lui est exprimé. Sa conscience d'honnête homme est en jeu ; c'est affaire à lui et la chose ne regarde personne. Parmi plusieurs autres, je choisis un exemple.

L'un des principaux chefs de la Commune fut arrêté et incarcéré, au mois de juin 1871, en compagnie de son frère. Son premier soin fut de me faire appeler. « Je sais ce qui m'attend, dit-il, et je n'ai rien à vous demander pour moi ; mais voici un pauvre insensé qui n'a jamais rien fait et que je vous supplie d'examiner et de sauver. C'est mon frère. Je vous jure qu'il est privé de raison ! Promettez-vous de vous occuper de lui. » Après avoir fixé mon interlocuteur, dont l'émotion était grande, je lui répondis simplement : « Si le détenu que vous me présentez est un aliéné, l'Administration le placera. Si je ne le reconnais point malade, l'instruction suivra son cours. » — « Alors il est sauvé, merci ! » s'écria cet ancien chef de la Commune, en pleurant et en me prenant les deux mains. Le soir même, les deux frères furent séparés l'un de l'autre. Le premier fut passé par les armes à Satory. Le second, effectivement très malade, fut dirigé par moi sur un établissement d'aliénés. Il y est mort deux ans après.

En résumé, mêlons-nous le moins possible ou ne nous mê-

lons pas du tout des affaires privées de nos clients. N'acceptons ni pli cacheté, ni bijoux, ni argent, avec mandat de remettre ces objets à des tiers. Ne nous transformons point en agents bénévoles de transmission; d'abord, parce que notre dignité professionnelle s'oppose à ce que nous rendions des services qui ne sont point de notre compétence et ensuite parce que nous nous exposerions à être soupçonnés, calomniés ou poursuivis.

Évertuons-nous, d'autre part, à planer au-dessus des orages de la politique. Si les événements nous assignent un rôle médical dans la tourmente, ne nous passionnons que pour notre art et pour la vérité scientifique. Il importe que le médecin soit tout d'une pièce et qu'il ne possède qu'une corde à son arc Sa seule et constante préoccupation doit être de secourir ses semblables. Celui qui défère à d'autres sentiments et qui descend à d'autres soins est un homme qui se trompe. Il faut l'avertir et le remettre dans son droit chemin.

REVUE CLINIQUE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU VARICOCÈLE,

Par L. G. Richelot,

Prof. agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux (1).

Messieurs,

Le varicocèle est une de ces vieilles questions qui dormaient oubliées, tant le mal est bénin d'ordinaire et tant il y avait péril à intervenir dans les cas graves. Aujourd'hui, avec bien d'autres, elle se réveille ; à la prudence et au découragement succèdent la hardiesse et la précision de la chirurgie moderne.

Je laisse de côté l'anatomie des veines du cordon, les régions qu'elles traversent, le tissu qui les entoure, les conditions qui semblent favoriser leur dilatation variqueuse. L'étiologie n'est qu'une série de banalités ; sur la pathogénie, tous les auteurs se répètent sans rien éclaircir, et nous ne savons

(1) Société médico-pratique, 9 février 1885.

encore ni pourquoi le varicocèle est à gauche, ni comment il se développe, ni quels sujets il préfère.

Mais nous savons deux choses : c'est que le varicocèle est en général une infirmité légère, dont la gêne est supprimée par l'usage du suspensoir et quelques soins journaliers, lotions froides, bains de siège, privation de la danse, de l'équitation, des bains chauds et des excès vénériens ; c'est que, d'autre part, nous rencontrons çà et là des cas vraiment graves, et que la chirurgie, malgré ses revers antérieurs, n'a pas le droit de les négliger.

Certains varicocèles provoquent des douleurs, des tiraillements lombaires, rendent la marche impossible et empêchent tout travail. La souffrance, la gêne continuelle désespèrent le malade, le plongent dans l'hypochondrie, lui inspirent des idées de suicide. L'atrophie testiculaire est un résultat fréquent du varicocèle prolongé ; plus rarement, une phlébite spontanée suppurative a causé la mort. Bref, c'est une affection qu'il faut contenir avec soin, surveiller toujours, et qui devient parfois tellement sévère que nous ne pouvons rester désarmés.

De tout temps on a compris qu'il fallait, pour guérir le varicocèle, supprimer la circulation dans les vaisseaux dilatés. Mais on y arrivait par des procédés qui ne cessaient d'être périlleux que pour devenir inefficaces, et les plus subtiles inventions n'ont pas résolu le problème de guérir le mal sans compromettre sérieusement la vie. Aujourd'hui, nous n'inventons rien de nouveau, mais nous revenons aux pratiques oubliées sous l'égide de l'antisepsie, qui nous permet d'aller tout droit aux procédés les plus sûrs en laissant de côté les discussions stériles.

Les anciens opéraient hardiment sur les veines variqueuses ; attaquer le mal *à ciel ouvert*, telle est la méthode efficace par excellence, que Paul d'Egine, Celse, Ambroise Paré ont mise en pratique. On incise le scrotum. on isole le paquet variqueux pour ménager le canal déférent, on place une ligature sur les veines à chacun des angles de la plaie, puis on sectionne entre les deux fils. A côté de la *ligature* ainsi pratiquée, mettons l'*isolement*, procédé plus moderne dû à Rigaud, de Nancy : le paquet veineux mis à nu, on passe derrière lui un ruban large

de deux travers de doigts pour le séparer des tissus qui l'entourent, et on panse avec de la charpie ; suppuration et destruction des veines. Voilà deux procédés qui ont maintes fois réussi soit à guérir le patient, soit à le faire mourir d'infection purulente.

La *méthode sous-cutanée* a voulu, ici comme ailleurs, tourner la difficulté en évitant la suppuration à l'air libre. Une aiguille munie d'un fil passe derrière les veines et est ramenée au-devant d'elles en pénétrant par les mêmes ouvertures, puis la ligature est serrée ; ainsi faisait Ricord. Vidal de Cassis introduisait un fil d'argent derrière les veines, un autre en avant, et tordait ensuite leurs extrémités de manière que les vaisseaux s'enroulaient comme une corde sur un treuil (procédé de l'*enroulement*).

Mais encore faut-il, pour que la méthode sous-cutanée mette à l'abri des accidents, que les instruments n'apportent pas à la plaie les éléments infectieux dont l'air n'est pas le seul véhicule ; et si bien des ponctions capillaires, bien des plaies étroites avec les plus fins ténotomes ont fait suppurer des séreuses ou échauffé des collections froides, c'est que les conditions de la méthode sous-cutanée n'ont pas été entièrement comprises de ses auteurs mêmes et de ses propagateurs. Aujourd'hui, nous savons comment et pourquoi les opérations sous-cutanées réussissent, et il nous arrive de réussir aussi bien, souvent mieux, en agissant plus à l'aise.

La *compression* par deux pinces placées sur le varicocèle à 2 ou 3 centimètres l'une de l'autre et serrant jusqu'au sphacèle, est encore une méthode qui veut esquiver l'incision des téguments. La *cautérisation*, qui a toujours passé pour moins effrayante que l'instrument tranchant, s'est faite avec une pince chauffée au rouge, ou bien avec une pince fenêtrée garnie de pâte de Vienne ou de chlorure de zinc. Mais la longueur du traitement, les douleurs vives, l'irritation poussée jusqu'aux accidents graves, n'ont rien qui recommande ces tentatives ; les ont compté des succès et des revers. L'*acupuncture*, les *jections coagulantes* n'ont donné qu'une sécurité illusoire . une efficacité douteuse... Mais je veux m'arrêter dans cette numération ; tout est jugé maintenant, car tout récemment

encore la plupart d'entre nous n'osaient rien faire contre le varicocèle.

Etant donné qu'avec des mains propres et des instruments bien lavés, dans une atmosphère aseptique, les opérations sur les veines n'ont plus rien d'effrayant, nous avons maintenant toute liberté d'esprit pour choisir notre mode d'intervention. Comme je l'ai dit, il faut faire table rase des procédés ingénieux et timides, pour aller droit au meilleur de tous, la *section entre deux ligatures*. Pour peu qu'on y réfléchisse, il n'est pas de moyen plus sûr de supprimer la circulation dans les veines variqueuses et d'éviter la récidive ; c'est aussi le plus simple, car on opère à ciel ouvert et voyant bien ce qu'on fait ; c'est le moins dangereux, car les plaies nettes et larges, qu'on explore dans tous les coins avant de les fermer, ont les suites les plus bénignes ; c'est enfin celui qui permet le mieux d'épargner l'artère spermatique, dont la conservation peut avoir quelque intérêt. Une opération de ce genre, faite par mon collègue Nicaise et rapportée dans la *Revue de Chirurgie* (1), est un modèle auquel on peut s'en tenir, et que j'ai suivi pour ma part. La voici résumée :

Homme de 38 ans, varicocèle douloureux et intolérable. Incision de 5 centimètres le long du cordon. Le paquet des veines variqueuses est facilement isolé, sur une longueur de plus de 2 centimètres, du canal déférent et aussi de l'artère spermatique. Deux fils de soie phéniquée sont passés au-dessous des veines ; le sang est exprimé de bas en haut, le fil inférieur serré d'abord, puis le faisceau coupé entre les ligatures. Réunion de la plaie, large pansement de Lister, tube à drainage enlevé de bonne heure ; guérison rapide sans fièvre ni suppuration ; aucune trace de récidive six mois plus tard.

Nicaise fait remarquer, à ce propos, la sécurité qui entoure aujourd'hui les opérations sur les veines, les avantages de ce procédé qui permet d'isoler avec précision et de traiter à sa guise les éléments du cordon, enfin l'importance qu'il peut y avoir à épargner l'artère spermatique pour éviter l'atrophie du testicule. Il suppose bien qu'on n'aura pas toujours la même facilité à séparer l'artère du plexus veineux qui l'entoure ;

(1) Nicaise, Traitement du varicocèle par la ligature et la section antiseptique des veines. *Revue de Chirurgie*, 10 mai 1884.

mais il veut qu'on l'essaie toujours. Les procédés de la méthode sous-cutanée agissaient à l'aveugle et sacrifiaient ce vaisseau. A l'étranger, plusieurs chirurgiens ont fait dans ces derniers temps la cure radicale du varicocèle, les uns (Barker, Jalland) par la ligature simple, les autres (Annandale, Lee, Bœnning, Fischer) par la section ou la résection des veines (1): aucun ne paraît s'être occupé de l'artère. Et cependant, il y a eu des atrophies testiculaires à la suite de l'opération; faut-il en inférer que la déférentielle et la funiculaire ne suffisent pas toujours à suppléer la spermatique, ou bien faut-il croire à d'autres causes d'atrophie ? On a vu bien des testicules tenir bon malgré la suppression de leur artère principale. Et ceci m'amène à vous raconter l'opération que j'ai faite il y a sept mois environ.

Un camionneur de 22 ans, entré le 8 juillet 1884 à l'hôpital St-Louis, salle Cloquet, n° 40, portait depuis son enfance, au côté gauche du scrotum, un varicocèle qui avait sans cesse augmenté malgré l'usage du suspensoir. Le malade étant debout, la tumeur pendait jusqu'au milieu de la cuisse ; les tiraillements, les douleurs pendant la marche l'empêchaient de continuer son métier, il demandait instamment l'opération.

Celle-ci fut faite le 10 juillet, et je n'insiste pas sur les précautions antiseptiques qui furent prises avec tout le soin possible. Incision de 8 à 9 centimètres, couche par couche, jusqu'au groupe antérieur des veines du cordon. Je reconnais facilement et j'isole le canal déférent ; je voudrais bien ensuite séparer l'artère spermatique, mais ni par le toucher ni par la vue je n'arrive à la démêler au milieu du tissu cellulaire et des veines altérées. Après une recherche assez longue, ne trouvant aucun vaisseau différent des autres, je pense avoir laissé l'artère en arrière du groupe veineux, et je passe outre. Puis, avec de gros fils de catgut, je lie les veines en deux faisceaux à chacun des angles de la plaie ; vu la distance qui sépare les deux ligatures, je ne me borne pas à couper, mais je résèque environ deux centimètres du paquet veineux. Alors, il m'est facile de voir, sur la coupe du tronçon que je viens d'enlever, l'artère béante au milieu des veines.

(1) A. Vincent. Traitement du varicocèle, application de la méthode antiseptique, thèse de Paris, 1884.

Je termine par la résection de quelques lambeaux de la tunique celluleuse où rampent de grosses veines sinueuses, et par trois ou quatre ligatures au catgut. La plaie est réunie par des crins de Florence, un drain placé à l'angle inférieur et le pansement de Lister appliqué largement.

Le lendemain, je trouve le scrotum distendu par un énorme épanchement sanguin ; il faut renoncer à la réunion, enlever patiemment les caillots, nettoyer doucement la plaie. Les ligatures ont bien tenu et les veines coupées n'ont pas donné de sang ; l'hémorrhagie s'est faite par les capillaires. Temp. 39°.

Les jours suivants, hémorrhagies successives un peu moins abondantes ; on est obligé, à chaque pansement, d'enlever les caillots qui remplissent le foyer opératoire ; la température oscille autour de 39°. Rien dans les conditions locales ni dans les antécédents n'explique une pareille tendance ; aucune trace de paludisme ; il y aurait eu, vers l'âge de 12 ans, des épistaxis fréquentes. Quoi qu'il en soit, et l'hémophilie pure et simple étant admise faute de mieux, les hémorrhagies cessèrent peu à peu, mais la plaie se mit à suppurer largement et bientôt survint la sphacèle du scrotum. Sous l'influence du drainage et des pansements attentifs, les accidents conservèrent une allure très bénigne, et, après une absence que je fis du 15 au 30 juillet, je trouvai le malade en pleine voie de guérison : les eschares étaient éliminées, la plaie bourgeonnait régulièrement, et les testicules se recouvraient peu à peu. La réparation fut achevée dans les premiers jours de septembre ; le scrotum était alors de volume normal, il n'y avait plus trace de dilatations veineuses, et, malgré la perte de son artère principale, le testicule gauche n'avait subi aucune apparence d'atrophie.

Voilà, Messieurs, une observation qui tout d'abord ne paraît pas des mieux choisies pour démontrer que le traitement chirurgical du varicocèle n'amène pas d'accidents. Je reconnais que sous ce rapport, le fait précédent ne peut servir de type. Mais notez que je me suis trouvé dans des conditions toutes particulières, en face d'une tendance hémorrhagique très inattendue. Or, du moment qu'une plaie du scrotum s'enflamme et suppure, vous savez avec quelle facilité survient la gangrène des téguments. Qu'il s'agisse d'un pansement irritant,

d'une insuffisance de drainage ou d'une autre cause de phlegmasie, le sphacèle est imminent. Aussi bien, c'est une mésaventure qui ne doit pas nous effrayer : le scrotum se répare de fond en comble et les testicules dénudés se recouvrent à merveille, tout le monde le sait ; d'autre part, la méthode antiseptique nous préserve des propagations dangereuses et des accidents généraux. A défaut d'une réunion parfaite et d'une guérison terminée en quelques jours, il est bon de savoir que nos précautions actuelles impriment un cachet de bénignité à des complications parfois inévitables.

Cela dit, je reconnais qu'il faut réussir encore mieux que je ne l'ai fait et obtenir la réunion primitive ; c'est d'ailleurs ce qui est arrivé aux auteurs cités plus haut, à mon collègue Terrier dans trois cas analogues dont j'ai connaissance, et ce qui m arrivera, n'en doutez pas, chez mes prochains opérés.

Un mot, pour terminer, sur deux points d'importance inégale. J'ai réséqué un tronçon du paquet variqueux au lieu de le couper simplement, parce que mes ligatures étaient assez éloignées l'une de l'autre ; mais je n'attache pas grande valeur à cette modification, et j'aurais pu tout aussi bien faire la section entre deux ligatures plus rapprochées ; sans doute, le résultat eût été le même. Quant à la spermatique, voici ce que j'en pense ; comme il est possible que sa disparition soit une cause d'atrophie, il est bon de la ménager si on peut, et de la chercher d'abord au milieu des veines, à l'exemple de Nicaise ; mais comme l'atrophie n'est pas signalée par Terrier chez ses trois malades, non plus que chez le mien et chez tant d'autres dont l'artère a été sacrifiée, il ne faut pas s'attarder outre mesure dans une recherche parfois très difficile ; on doit se résigner vite si elle reste infructueuse, et compter sur la funiculaire et la déférentielle pour suppléer le vaisseau disparu.

DE LA NÉCESSITÉ D'UNE NUMÉRATION EN PÉRIOPTOMÉTRIE,

Par le Dr GILLET DE GRANDMONT (1).

La périoptométrie est l'une des études les plus utiles en ophtalmologie, non seulement pour le physiologiste, mais

(1) Ce mémoire a été communiqué à la Société de médecine pratique dans la séance du 5 février 1885.

aussi pour le praticien ; elle fournit à ce dernier tant de renseignements précis que l'examen ophtalmoscopique n'apporte souvent plus rien qu'une simple constatation des lésions déjà pressenties.

Pour certaines affections du fond de l'œil, la périoptométrie s'impose à tel point que, sans elle, le diagnostic n'est point possible. C'est, on le comprend, aux amblyopies centrales que je fais allusion.

Si, cependant, cette étude ne se généralise pas chaque jour davantage dans les recherches cliniques, cela tient à deux causes : la première est le temps généralement très long qu'exige la mesure du champ périphérique ; la seconde est l'obligation où l'on est de transporter graphiquement l'image du champ périphérique pour conserver le souvenir exact de ses dimensions et de sa forme et surtout pour transmettre ces notions à autrui.

La première objection relative au temps qu'exige la mensuration périmétrique ne subsiste plus, suivant nous, quand l'on emploie les périmètres interrogeant simultanément deux des méridiens du globe. Dans ces conditions, l'œil de l'observé conserve l'immobilité par le seul fait qu'il est sollicité également dans 4 directions opposées. Or, l'immobilité de l'œil observé étant acquise, la périmétrie est singulièrement abrégée.

Elle l'est encore au moins autant, si l'observateur n'a plus à lire sur l'arc du périmètre, le nombre de degrés correspondant à la vision indirecte et surtout à fixer ceux-ci graphiquement sur un schema préparé d'avance. Ce résultat est obtenu par les périmètres enregistreurs.

Celui que nous avons fait construire par M. Verdin en 1880, et que nous avons présenté en 1881 au congrès d'Alger, répond à ces deux désidérata et journellement on prend, à ma clinique, en 25 à 30 secondes, 4 mesurations sur les 2 méridiens principaux des yeux de malades nullement préparés à cet examen. Le double de temps est nécessaire pour 8 observations sur 4 méridiens. La facilité du maniement de cet appareil et la brièveté du temps qu'exigent les observations faites par son emploi, nous permettent d'en faire un usage constant.

Mais, avec les observations s'accumulent les schema et les courbes ; aussi, nous a-t-il paru qu'il serait nécessaire pour

la science ophtalmologique d'adopter une numération commune qui permît à chacun de comprendre l'énoncé d'un champ périphérique.

Qu'il nous soit permis d'exposer en quelques mots la numération provisoire que nous avons admise pour notre usage clinique.

Les schema que nous avons adoptés sont ceux qui sont le plus généralement employés ; ils sont le résultat de la projection équidistante polaire des rayons lumineux passant par les arcs du périmètre de 10 en 10 degrés, projection proposée par Fœrster.

Ce sont ces schema qui sortent tout transcrits de notre périmètre après chaque observation et qui vont nous fournir une lecture facile. Prenons le champ périphérique de l'œil normal : nous voyons que la courbe passe en dehors ou du côté externe E à 90 degrés, qu'à la partie supérieure S elle passe à 60 degrés environ, qu'à la partie interne I elle passe à 60 degrés aussi, qu'enfin à la partie inférieure I elle passe à 70 degrés. Nous aurons en écrivant sur le tableau les chiffres ci-dessous :

E.= 9
S.= 6
I.= 6
I.= 7 ou E. S. I. I.= 9667

représentent l'étendue du champ périphérique normal pour la lumière.

De même pour le bleu nous aurons :

E. S. I. I. 8556.

Pour le rouge ce sera:

E. S. I. I.= 8445.

Et pour le vert:

E. S. I. I.= 7334.

Etant convenu entre nos élèves et nous que la numération commence toujours par le côté externe du champ périphérique, à la simple énonciation d'un nombre, nous connaissons la forme du champ périphérique et souvent même nous devinons la lésion que va confirmer l'examen ophtalmoscopique.

Mais cette numération abrégée à l'aide de chiffres n'est pas suffisante dans tous les cas ; il faudra alors utiliser les 8 chiffres lus dans le même ordre sur les 8 arcs du périmètre.

C'est ainsi que le champ périphérique normal de la sensation lumineuse deviendra :

E. S. I. I. 97.666,678

Pour une plus grande précision dans les recherches,celles par exemple que nous ont nécessitées un graphique des courbes de la vision périphérique,il y a d'autres combinaisons,telle que celle des chiffres placés en exposants.

Mais je reviens aux services que rend à la clinique cette numération. Nous dit-on : le malade a de l'œil droit 4314 et de l'œil gauche 0353 ; nous comprenons de suite qu'il s'agit d'une hémiopie homonyme et que les champs périphériques sont très retrécis. C'était en effet la lésion du malade nommé Bizot qui avait été frappé d'hémorrhagie cérébrale.

S'il s'était agi d'un glaucome nous aurions pu avoir E. S. I. I. 5334, comme, de fait, cela était pour le nommé d'Aguepour, qui nous a fourni ce champ périphérique présentant un rétrécissement concentrique, avec notable retrécissement de la partie interne.

Un malade atteint de décollement de la partie inférieure de la rétine suite de coup de feu tiré à la tempe, nous a donné le champ périphérique E. S. I. I. 7165.

En entendant dire que la nommée Bing avait à l'œil droit pour champ périphérique blanc E. S. I. I. 9664 pour le rouge 3321 et pour le vert 4321 et pour l'œil gauche des valeurs analogues, on ne pouvait penser qu'à une atrophie papillaire commençante.

Pour finir, je citerai la numération fournie par une amblyopie nicotino-alcoolique. Le champ visuel pour le blanc, pour le rouge et pour le vert était normal comme étendue ou à peu près ; mais dans le champ du rouge et du vert, on trouvait un sectome central représenté par 3222, c'est-à-dire s'étendant à 30 degrés en dehors, 20 en haut, 20 en dedans et 20 en bas.

Telle est cette numération qui nous rend de grands services journellement Elle n'est point parfaite assurément et nous serions heureux de l'échanger contre une meilleure venue l'un d'entre vous.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de l'hypertrophie cardiaque résultant de la croissance.— D'après M. G Sée, ce sont les médicaments cardiaques qui seules réussissent. Les antispasmodiques, les ferrugineux, le quinquina échouent la plupart du temps. Il faudra donc avoir recours aux agents cardiaques et principalement à la digitale, à l'iodure de potassium et à la convallamarine.

a) La *digitale* s'emploie chez l'enfant sous forme de macération froide de feuilles énervées et pulvérisées à la dose de 0,05 à 0,10 centigr. de poudre ; elle est indiquée dans les formes arythmiques de l'hypertrophie et surtout des dilatations cardiaques infantiles, mais l'usage longtemps prolongé entraîne l'intolérance, c'est-à-dire le dégoût, le vomissement, et se termine souvent par une accélération considérable des battements, une sorte de paralysie du système d'arrêt, c'est-à-dire des nerf vagues.

b) *Iodure de potassium.*— L'iodure de potassium, qui est le plus efficace des remèdes antiasthmatiques, comme je l'ai démontré il y a sept ans (*Mémoires*, Académie, juillet 1877), constitue également un médicament cardiaque des plus précieux ; il n'agit pas seulement sur les dyspnées cardiaques, et sur ce type qu'on peut appeler asthme cardiaque, mais c'est un modificateur puissant des muscles, surtout du myocarde, en même temps que des vaisseaux dont il augmente l'énergie contractile ; il facilite la respiration d'une manière immédiate, et la tonicité du cœur d'une manière permanente. Il réussit parfaitement à la dose de 0. 50 cent. à 1 gramme par jour, dans les hypertrophies de croissance et dans les ectasies infantiles, à maintenir l'intégrité de la circulation, tout en soutenant les forces générales, surtout musculaires. Ordinairement j'en prolonge l'emploi pendant des mois entiers, sans remarquer d'autre inconvénient que le coryza iodique, plus rarement l'anorexie résultant de l'impression du métalloïde sur les nerfs du goût.

c) La *convallamarine*, à la dose de 5 à 10 centigrammes chez l'adulte, de 2 à 4 centigrammes chez l'enfant, produit tous

les effets de l'extrait aqueux de la tige et de la racine du muguet sans irriter l'intestin ni causer des coliques comme cette dernière préparation. Elle est employée avec succès dans toutes les affections douloureuses du cœur, l'angine de poitrine, la maladie de Basedow, les affections valvulaires, surtout dans les hypertrophies et dilatations simples d'origine non mécanique, dans les états de croissance, elle fait cesser la tachycardie, la dyspnée, surtout par sa combinaison avec l'iodure; elle agit également avec efficacité dans les céphalées cardiaques de croissance. Il faut toutefois en continuer longtemps l'usage, l'accommodation entre le cœur et les vaisseaux ne tarde pas à s'établir d'une manière définitive et la guérison est à ce prix.

Paul RODET.

Du mimisme ou névrose imitante.— Le Dr ARMANGUÉ, de Barcelone, vient de faire de cette singulière affection une étude très complète qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° Le mimisme est une affection qui a été décrite depuis très peu de temps et qui mérite de former un chapitre à part dans la neuropathologie.

2° Il consiste dans l'imitation de gestes et de sons, se faisant malgré le malade.

3° Il se distingue de la suggestion en ce que dans celle-ci le malade est inconscient de ses actes, de sorte qu'il peut faire des imitations sans le savoir et par conséquent sans protester.

4° Le mimisme s'observe plus souvent dans les races inférieures que dans les supérieures.

5° Cette affection n'est autre chose que le *réflexe de l'imitation* qui se trouve placé hors de l'influence modératrice de la volonté. La tendance à ce réflexe existe chez tous les hommes.

6° Souvent on trouve des antécédents héréditaires, mais dans beaucoup de cas également on peut démontrer la contagion.

7° On doit faire une étude attentive de cette maladie dans les conséquences qu'elle peut avoir au point de vue médico-légal.— (*Revista de ciencios medicas*, 1884, p. 54 et suiv.) P. RODET.

CHIRURGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Abcès profonds du cou, *de leur ouverture sans bistouri*, service de M le Dr Périer, à l'hôpital St-Antoine. — Chassaignac recommandait à ses élèves de ne jamais ouvrir directe-

ment les abcès de la région sus-hyoïdienne et de la région parotidienne, quand ils semblaient être sous-aponévrotiques. Il voulait que l'on n'incisât au bistouri que la peau. Dès que l'aponévrose était mise à nu, il mettait de côté l'instrument tranchant, pénétrait dans le foyer avec une sonde cannelée et s'en servait pour agrandir l'orifice par déchirement. Au besoin, il se servait d'une seconde sonde cannelée pour arriver à ce résultat.

M. Périer a modifié un peu ce *modus faciendi*. Au lieu de la sonde cannelée, il emploie la pince de Lister. Lorsque cette pince, qui est longue et mince, est fermée, elle perfore facilement les tissus, mais elle est assez mousse pour ne point percer les vaisseaux. Une fois la pince au centre du foyer, on en écarte les branches et on la retire en maintenant l'écartement des branches. Il est facile d'avoir ainsi une ouverture aussi large que celle qui a été pratiquée à la peau, sans avoir eu la crainte de couper ni artères ni veines.

Depuis longtemps M. Périer a toujours ouvert de cette manière non seulement les abcès profonds des régions précitées, mais aussi un nombre d'abcès sous-musculaires, notamment les foyers purulents situés sous le vaste interne dans la zone des vaisseaux fémoraux. On obtient dans tous les cas un orifice suffisant pour passer un ou deux doigts, et qu'on peut ensuite agrandir par déchirure plutôt que par incision. C'est à peine si le malade perd quelques gouttes de sang, et à ce premier avantage se joint celui d'avoir le minimum de vaisseaux ouverts au contact d'un foyer purulent, c'est-à-dire le minimum de chances de fièvre et d'infection. (*Journ. de Méd. et de Chirurgie prat.* et *Scalpel*, fév. 18?4.)

OBSTÉTRIQUE, GYNÉCOLOGIE ET PÉDIATRIE

Traitement de l'hématocèle, par le Dr Gosselin. — A l'occasion d'une observation d'hématocèle vaginale traitée par la castration que communiquait, en août dernier, M. Polaillon à la Société de Chirurgie, M. Gosselin proteste contre l'abandon de la décortication, très en faveur jadis, bien discréditée, à ce qu'il semble, auprès des chirurgiens d'aujourd'hui. Pour M. Gosselin, la nécessité est toujours la même de conserver,

pour l'apparat si l'on veut, un testicule, tout inutile qu'en est la présence hormis à contenter son possesseur.

Après ponction préalable, on doit toujours injecter une solution étendue de teinture d'iode qui pourra souvent déterminer une inflammation adhésive curative.

Si les fausses membranes forment une carapace trop épaisse pour que l'injection irritante ait quelque bon effet, on doit faire le curage de la cavité vaginale: A l'aide de pinces et des doigts cette opération est facile, et c'est commettre une ereur certaine que prétendre le contraire. On n'enlève pas toutes les fausses membranes, mais on en retire la plus grande partie : la couche la plus épaisse qui tapisse le feuillet pariétal. Quant au testicule même, situé en haut et en arrière de la masse néo-membraneuse, il arrive ordinairement qu'on ne peut le débarrasser entièrement de son revêtement d'adhérences. C'est du reste un détail de peu d'importance; il n'est pas le moins du monde nécessaire pour l'heureux résultat de l'intervention que toute trace d'exsudat fibrineux ait disparu de l'intérieur de la poche.

Mais la décortication n'est pas une opération réglée dont tous les temps soient précisément déterminés ; on n'a pas l'occasion de s'y exercer sur le cadavre. Pour ces diverses raisons on préfère la castration, mieux connue, et l'on prive de gaîté de cœur un malheureux de l'organe qui fait sa dernière fierté. (*Archives de Médecine*, janvier 1885.)

La cocaïne dans les opérations pratiquées à l'orifice vaginal. — Le Dr Godson appelle l'attention sur l'emploi de la cocaïne dans l'enlèvement des tumeurs vasculaires du méat urinaire. Celles-ci sont tellement douloureuses qu'on est presque toujours obligé d'anesthésier la patiente. Ce médecin a pratiqué deux de ces opérations après avoir simplement badigeonné deux fois ce polype et son pédicule avec une solution de cocaïne à 20 pour 100 ; il put alors saisir la tumeur avec une pince et la sectionner avec des ciseaux courbes, sans que la malade ait ressenti la moindre douleur.

Il est probable que la cocaïne pourrait être employée avec un égal succès dans toutes les opérations de l'orifice vulvaire, telles que l'ouverture d'abcès des lèvres, etc... — (*British medic. Journal ;* 3 janv. 1885, p. 17.)

Paul Rodet.

CORRESPONDANCE

Paris, le 12 mars 1885.

Monsieur le Rédacteur en chef et très honoré confrère,

Permettez-moi de vous envoyer une observation qui confirme l'opinion de M. le professeur Grasset sur les cas *d'alcoolisme* où la suppression brusque du poison est dangereuse et peut amener des attaques de *Delirium tremens* (1). Le professeur de Montpellier n'est pas partisan du sevrage immédiat et complet ; je partage complètement sa manière de voir. Dès 1879, dans une leçon sur l'Amblyopie toxique qui a été publiée par mon excellent ami le Dr Bonnefé (de Rodez) je recommandais à mes auditeurs de permettre aux intoxiqués un petit verre de cognac après chaque repas ; quant au tabac, sans inconvénients, il pouvait être totalement supprimé. Après quelques jours de traitement on n'autorisait qu'un seul petit verre. Cette manière de faire m'avait été inspiré par le cas suivant :

X..., marchand de vins, âgé de 36 ans, fort bien constitué, célibataire, m'est amené par sa sœur opérée du strabisme avec succès quelque temps auparavant. Je note ce point, parce que, contrairement à l'habitude des alcooliques, il était venu consulter dès le début des accidents. Depuis deux jours, en effet, il ne peut plus lire son journal. Scotome central pour les couleurs. Impossibilité de distinguer les pièces d'or et d'argent. Dilatation des pupilles. Tremblement des mains.

Pas de lésions du fond de l'œil, etc. Le diagnostic *d'amblyopie toxique* s'imposait. Je prescris l'iodure de potassium, les courants continus, et le sevrage complet de l'alcool. Le lendemain matin, sa sœur vient me chercher en toute hâte, affirmant que X..... avait été empoisonné par la potion prescrite par moi la veille. Fort étonné, je cours chez le malade, qui était en proie à un des accès les plus violents de delirium tremens que j'aie jamais vus. C'était du reste le premier qu'il avait, et il coïncidait précisément avec la privation d'alcool. Quatre hommes avaient de la peine à le maintenir. Je lui fis immédiatement une injection sous-cutanée de 2 centigrammes 1/2 de chlorhydrate de morphine, et je lui fis absorber 4 grammes de chloral. Il se calma rapidement, et persuadé que la cessation brusque de l'usage de l'alcool chez un homme qui en était imprégné, n'était pas étrangère à ces accidents, j'ordonnai qu'on lui servît à son réveil un petit verre de rhum et j'en autorisai deux par jour. — A partir de ce moment, X... marcha rapidement vers la guérison. Il a suivi du reste le conseil que je lui ai donné de vendre son établissement.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

Dr A. Dehenne.

(1) *Semaine médicale* — 11 mars 1885.

FORMULAIRE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La paraldéhylde

nouvel agent hypnotique,

Par M. le Dr Francotte.

D'après Peretti, la paraldéhylde aurait sur le chloral les avantages suivants : 1° même à fortes doses la paraldéhylde est sans danger pour l'action du cœur ; 2° elle n'a pas d'effet convulsif ; 3° elle produit rapidement le sommeil sans amener d'abord un stade d'excitation et sans provoquer d'état congestif ; 4° le réveil ne s'accompagne d'aucune sensation désagréable.

D'autre part, elle aurait comme inconvénient : 1° de déterminer une rapide accoutumance, de sorte que, bien plus encore que pour le chloral, il faut augmenter la dose ; 2° de communiquer à l'haleine unr odeur persistante et assez désagréable ; 3° d'être d'un prix assez élevé.

Berger a administré la paraldéhylde à 80 malades. Chez 19, il se produisit après 10 à 20 minutes un sommeil profond de plusieurs heures ; chez 42, le sommeil dura de 1/2 à 3 heures ; chez 19 le résultat fut négatif. Les inconvénients observés sont rares et sans importance : mauvais goût, nausées, vomissements, vertiges. La fréquence du pouls est généralement diminuée de quelques pulsations, la diurèse s'abaisse parfois assez notablement. La dose efficace est 2 à 4 gr. Berger conseille de l'administrer sous la forme que voici :

Paraldéhylde........ 4 grammes
Mixture gommeuse.. 60 grammes
Sirop d'éc. d'or .am. 30 grammes

A prendre en une fois. — D'après cet auteur, la paraldéhylde est particulièrement indiquée lorsque le chloral reste sans résultats. Dans un cas de maladie mentale où le chloral était resté inefficace, la paraldéhylde exerça une action manifeste.

Il y a déjà quelque temps que la paraldéhylde est expérimentée à la clinique de M. le professeur Masius. Les essais ne sont pas encore assez nombreux ni assez variés pour que l'on puisse émettre une appréciation définitive. Le sommeil produit par la paraldéhylde est vraiment réparateur et ne laisse après lui ni malaise, ni céphalalgie. Certains malades se plaignent du mauvais goût du médicament ; on a imaginé anssi des nausées, des vomissements.

Lorsque l'insomnie est causée par des douleurs, la paraldéhylde reste sans effet ou produit tout au plus un léger assoupissement.

Même en dehors du cas de douleurs, l'action hypnotique peut faire défaut ou être tout à fait passagère. M. Masius le prescrit de la manière suivante :

Paraldéhylde.... 3 à 6 grammes.
Eau distillée.... 100 —
Sirop de sucre.. 20 —

A prendre le soir, en l'espace d'un quart d'heure. (*Ann. de la Société médico-chirurg. de Liège.*)

VARIÉTÉS

—

Café a l'eau distillée. — D'après le *Lyon médical*, en faisant du café avec de l'eau distillée, on est agréablement surpris de la différence que donne l'eau distillée comparativement à l'eau ordinaire. On obtient ainsi une finesse et une délicatesse de goût et de parfum incontestablement supérieures. C'est que les carbonates terreux, que renferment toutes les eaux réputées potables, détruisent une partie du tannin du café avec lequel ils forment un produit insoluble et sans saveur, tandis que l'eau distillée laisse le tannin intact et conserve au café toute sa saveur et ses propriétés toniques dont l'action est si remarquable sur l'organisme.

Dr H. Cellard.

— La *Revue de Clinique médico-chirurgicale*, publiée sous la direction scientifique de M. le Docteur Martineau, médecin de l'Hôpital de Lourcine, étudie spécialement les faits cliniques et pratiques observés dans les hôpitaux.

La Revue contient en outre des articles spéciaux traitant dans leur ensemble les principales questions d'actualité discutées dans les Sociétés savantes, ainsi qu'une analyse de la presse médicale française et étrangère.

École pratique. — Électrothérapie et gynécologie. — M. le Dr Apostoli commencera ses leçons le mercredi 25 mars, à trois heures, pour les continuer les mercredis suivants à la même heure.

Prix.— La Société médico-pratique de Paris décernera, en janvier 1886, un prix de six cents francs à l'auteur (docteur ou élève en médecine) du meilleur mémoire sur une question de pratique médicale, chirurgicale ou obstétricale.

Pour être admis au concours, les mémoires devront être inédits, écrits en français et être sans nom d'auteur ; ils porteront une épigraphe qui sera reproduite dans un pli cacheté contenant le nom et le domicile de l'auteur.

Sont seuls exclus du concours les membres titulaires de la Société.

Les manuscrits seront adressés franco au secrétaire général, 21, rue Cambacérès, à Paris, avant le 1er novembre 1885.

Cours de médecine légale. — M. le professeur Brouardel commencera le Cours de médecine légale le lundi 23 mars 1885, à 4 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Légion d'honneur. — Nous voyons figurer avec le plus vif plaisir le nom de M. le professeur Brouardel dans la promotion à l'occasion de l'épidémie cholérique. L'éminent professeur est promu au grade de commandeur.

Hotel-Dieu. — *Clinique des maladies des femmes.* — Un de nos lecteurs, qui a gardé l'anonyme, a bien voulu nous envoyer un compte rendu de la leçon d'ouverture faite à l'Hôtel-Dieu par notre directeur, M. Gallard. Nous regrettons de ne pouvoir l'insérer quoique la lecture nous en ait été fort agréable. Nous publions du reste cette leçon presque in extenso, au commencement de ce numéro.

Erratum. — *N°* 11, 15 *mars* 1885, article Croup et Diphthérie, page 425, au lieu de « auto-infection, nous paraît absolument hors de contestation » lire : « ne nous paraît pas hors de contestation. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 *mai* 1885. — Présidence de M. Bergeron.

Suture du nerf médian. — M. Surmay (de Ham) lit l'observation d'un ouvrier typographe, qui, à la suite d'une plaie au poignet droit produite par une bouteille cassée, avait perdu la sensibilité des doigts et ne pouvait tenir les caractères dans sa main.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un associé national. M. Durand Fardel est élu.

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, infranchissable. Gastrostomie. Nutrition assurée. — M. Terrillon présente un malade auquel il a pratiqué la gastrostomie. Ce malade avait un rétrécissement cicatriciel, causé par l'ingestion de potasse caustique. Il fut adressé à M. Terrillon par le Dr Affre (de Beaune), le 25 janvier 1885. L'opération fut pratiquée le 27 janvier, d'après les indications fournies par M. Labbé. L'incision fut faite à un centimètre au-dessous du bord des fausses côtes gauches. Le premier viscère qui se présenta dans la plaie fut le foie. L'estomac apparut ensuite à une profondeur de 5 centimètres. L'opération pleine de difficultés à cause du volume et des contractions continuelles du muscle droit de l'abdomen, dura une heure et quart.

L'alimentation fut commencée trois heures après l'opération, et le soir même elle se faisait régulièrement. Le malade, d'abord très amaigri, a augmenté de douze livres dans les quinze derniers jours.

Nomination de commissions. — M. le président nomme la commission chargée d'examiner la proposition de M. Fournier sur l'influence de la syphilis dans la dépopulation ; cette commission est composée de MM. Collin, Le Fort, Le Roy de Méricourt Ricord, Fournier.

Note sur la propagation du choléra dans le canton d'Aspet (Haute-Garonne). — M. Laboulbène. La relation de cette épidémie, qui a suivi le cours de l'eau, montre en même temps l'influence de la transmission marseillaise.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — M. de Villiers lit le rapport sur les mémoires envoyés pour les prix pendant l'année 1884.

1° Bien que l'exécution de la loi Roussel ait déjà donné des résultats appréciables dans un certain nombre de départements, la complication de son mécanisme rend son application laborieuse ; entre autres points, les auteurs recommandent son exécution plus régulière, surtout en ce qui touche les déclarations d'enfants par les parents, les nourrices et même par les maires des petites communes. Le moyen de faire cesser ces oublis ou ces négligences se trouve dans la loi elle-même et consiste à appliquer les pénalités qu'elle édicte.

2° Il serait nécessaire que les départements pussent disposer d'un peu plus de fonds pour rémunérer les agents nécessaires au fonctionnement de la loi et pour récompenser les mères pauvres et les nourrices méritantes.

3° Afin de contribuer à la diminution de la mortalité infantile, plusieurs auteurs demandent le rétablissement des tours à bureau ouvert, et avec la conservation du secret.

4° On recommande de nouveau les modifications à apporter à l'article 240 du code civil qui a trait à la recherche de la paternité, afin de diminuer les causes d'abandon des enfants et leurs conséquences.

5° Dans le but de contribuer encore à la diminution de la mortalité des enfants, nous rappellerons de nouveau la nécessité de mettre partout à exécution, ce qui n'a lieu que dans les grandes villes, les termes de l'article du code civil relatif à la constatation des décès qui devrait être faite par des médecins surtout. Cette mesure éviterait beaucoup de morts clandestines et imposerait une crainte salutaire.

6° On ne saurait trop regretter que la plupart des grands centres industriels ne mettent pas en pratique les excellentes mesures humanitaires adoptées par un petit nombre de manufacturiers à l'égard des femmes enceintes et accouchées, auxquelles ils accordent un repos et une paye suffisante pour se soigner et allaiter leurs enfants.

7° Dans les hospices destinés à recevoir les enfants, il est indispensable d'isoler complètement les services où sont reçus les enfants atteints de maladies contagieuses.

8° Il serait très utile que l'administration supérieure fît distribuer elle-même dans tous les départements, non seulement les conseils hygiéniques élémentaires aux mères et aux nourrices, mais aussi les tableaux-programmes à l'aide desquels l'Académie a déja obtenu de si nombreux et si intéressants renseignements sur la natalité, les causes de mortalité, les habitudes, sur l'hygiène enfin de la première enfance.

Résection du rein. — M. Le Dentu présente un rein qu'il a extirpé samedi dernier. Le rein très altéré et plein de vacuoles, contenait également quelques calculs. Le malade va actuellement aussi bien que possible; la quantité d'urée, qui avant l'opération était de 7 grammes par litre, est actuellement de 22 grammes par litre, ce qui prouve que le rein droit fonctionne bien. Le malade avait, avant l'opération, d'horribles coliques néphrétiques qui lui rendaient la vie intolérable.

Des altérations dentaires chez les morphinomanes. M. Combes lit un travail sur ce sujet.

Eaux minérales. — M. Bouchardat fils lit un rapport dont les conclusions sont adoptées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 *mars* 1885. — Présidence de M. Horteloup.

De l'atrophie musculaire dans l'ostéomyélite. — M. Trélat cite l'observation d'un jeune homme entré dans son service avec une tuméfaction de l'extrémité inférieure du péroné, datant de six semaines seulement et accompagnée d'atrophie notable de tout le membre inférieur. Le diagnostic d'ostéomyélite fut posé après une étude

approfondie du mal. Mais on ne put fournir l'explication de l'atrophie du membre. Etait-elle antérieure et pouvait-elle être rapportée à une affection spinale ou centrale ? L'opération fut faite et vérifia le diagnostic : évidement total du péroné. Le malade est totalement guéri.

M. Trélat ne connaissait toujours pas les causes de l'atrophie, et avait réservé l'explication, quand M. Bouilly fit entrer un jeune homme qui était tombé, il y a trois ans, sur l'épaule ; il y avait eu, à la suite de cette chute, des phénomènes inflammatoires et il s'était ouvert deux abcès. Il reconnut une arthrite traumatique et une ostéomyélite probablement traumatique. Pour affirmer ce diagnostic, il se basait sur le gonflement de l'os, mesuré avec le compas d'épaisseur, gonflement qui ne peut exister qu'avec un cal vicieux, un néoplasme ou une ostéomyélite ; il appela l'attention sur l'atrophie de ces muscles et il le rapprocha de l'autre malade, et crut dès lors pouvoir dire que l'atrophie musculaire peut être une complication précoce de l'ostéomyélite, qu'elle peut paraître en précéder, comme chez son premier malade, les premières manifestations.

Arthrotomie. — M. Le Dentu remercie M. Trélat d'avoir appelé l'attention sur ce sujet peu connu dans l'histoire de l'ostéomyélite, et parle de l'arthrotomie.

Le sujet est une petite fille d'environ 5 ans, à laquelle M. de Saint-Germain fut appelé à donner des soins pour une ostéomyélite : il fit de larges débridements. La petite fille avait été promptement soulagée, mais l'état s'était ensuite aggravé. En septembre 1879, il y avait un épanchement dans le genou. Après discussion, nous fîmes l'arthrotomie antiseptique. L'état général s'améliora rapidement et les plaies guérirent rapidement.

Après quelque temps, la maladie se réveilla du côté du genou gauche. Il y eut de l'anasarque, de l'albuminurie, des phénomènes cérébraux graves. Aussi, au lieu de l'arthrotomie, nous nous contentâmes de faire une ponction dans l'articulation. Après cette ponction l'état général s'améliora. Donc des deux côtés l'intervention a été bonne, quoique les moyens aient été différents. Les mouvements du genou se rétablirent en partie. La mobilité n'est pas revenue complètement ; mais enfin, les résultats de l'intervention ont été très bons, au point de vue de la conservation des membres.

Désarticulation du genou. — M. Chauvel. Je ne puis laisser passer les assertions de M. Verneuil, sur les désarticulations du coude et du genou. Les statistiques montrent une différence de 18 % pour la mortalité en faveur de la désarticulation du coude comparée à l'amputation du bras au tiers inférieur.

La facilité de prothèse est plus grande dans la désarticulation. J'ai pratiqué plusieurs fois cette désarticulation, je n'ai pu suivre les malades, sauf un qui, au bout d'un an, avait un moignon indolent et très puissant.

Quant à la désarticulation du genou, la thèse de M. Verneuil est peu

défendable ; la désarticulation du genou, d'après Otis, est aussi grave que l'amputation de cuisse.

Les faits de M. Verneuil sont des cas malheureux ; on peut en voir de semblables à la suite d'amputations de cuisse : ils ne prouvent donc rien; c'est aux faits à décider : pour mon compte, je crois que la désarticulation ne peut être ni attaquée, ni défendue de parti pris.

M. Farabeuf. Il me semble que M. Verneuil a exagéré et a poussé au noir le résultat de la désarticulation du genou. La question a été posée au point de vue, non de la léthalité, mais du moignon, de sa forme et de son utilité.

Supposons un moignon puissant, bon : avec quelle amputation peut-on le comparer ? Avec l'amputation au tiers supérieur, avec l'amputation dans les condyles ou avec l'amputation au tiers supérieur ; l'amputation de jambe est évidemment préférable.

Quand on fait une amputation de genou, il ne faut jamais songer à demander au moignon de fournir un point d'appui, pas plus qu'on ne le demande à un moignon de cuisse. Il ne faut songer qu'à obtenir un moignon indolent et pouvant servir à projeter en avant le membre artificiel.

M. Polaillon rappelle qu'il a présenté, en 1881, un désarticulé du genou chez lequel le résultat a été très bon ; le malade pouvait marcher sur son pilon.

Du chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique et de son association au chloroforme, par M. Dransart. **Rapport.** — M. Terrier. On sait que la section de l'iris, dans les opérations que l'on pratique sur les yeux préalablement cocaïnisés, est toujours sentie et douloureuse.

Pour remédier à cet inconvénient, on a proposé l'instillation de la cocaïne dans la chambre antérieure, comme Meyer, ou l'association du chloroforme à la cocaïne, comme M. Dransart. Dans mes expériences sur l'instillation dans la chambre antérieure, je n'ai pas eu d'anesthésie de l'iris.

M. Dransart a proposé l'association du chloroforme.

Les observations de M. Dransart ne paraissent pas concluantes, parce qu'elles montrent que l'iridectomie est douloureuse quoique supportable.

Nous avons expérimenté le procédé de M. Dransart ; j'ai donné deux minutes de chloroforme comme M. Dransart ; je n'ai pas eu la plus petite anesthésie.

La combinaison de la cocaïne et du chloroforme donné pendant une minute et demie ou deux ne donne même pas une demi-anesthésie ; de plus, la chloroformisation peut être dangereuse à cause des efforts que fait le malade et même des accidents mortels au début de la chloroformisation.

M. Nicaise a opéré dernièrement un ptérygion allant au centre de la cornée. Il s'est servi d'une solution à 2 0/0, 7 à 8 gouttes. La dissec-

tion et la suture ont duré assez longtemps et le malade n'a rien senti.

M. CHAUVEL. Dans un cas de strabotomie, le malade a accusé une très vive douleur quand on a saisi le tendon. Il a été très heureux pour la section des canaux lacrymaux. Il emploie la solution 5 0/0.

Présentation de malade. Mal perforant palmaire. — M TERRILLON présente un malade portant au creux de la main un ulcère présentant les caractères du mal perforant plantaire, il a des symptômes de l'ataxie non seulement aux membres inférieurs, mais aux membres supérieurs et a des troubles oculaires.

L'anesthésie existe, mais n'est pas très prononcée au voisinage de l'ulcère.

M. NICAISE croit qu'il s'agit d'un durillon fissuré au niveau du pli palmaire.

M. Terrillon signale chez son malade l'hypertrophie du derme : or, dans le mal perforant, il y a une atrophie de ce derme.

M. TERRILLON. M. Charcot, qui voit le malade et le soigne comme ataxique, croit qu'il s'agit là d'un trouble trophique.

Extirpation de ganglions strumeux, présentation de malade. — M. POZZI présente une malade à laquelle il a extirpé une masse ganglionnaire du volume d'un œuf de dinde dans la région carotidienne, il y a vingt jours; il y a eu réunion par première intention, grâce à l'immobilité de la tête avec une attelle, à la compression et à un drainage fait dans la partie déclive au-dessous de l'incision opératoire. On n'a pas trouvé de bacilles dans les ganglions.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du 12 mars 1885. Présidence de M. PAJOT.

La correspondance comprend une lettre de M. Eustache, de Lille, demandant à être nommé membre correspondant, et qui envoie à l'appui de sa candidature diverses brochures. M. Polaillon dépose sur le bureau, de la part de M. le Dr Martel, chirurgien en chef de l'hôpital de St-Malo, un certain nombre d'observations manuscrites accompagnant sa demande de faire partie des membres correspondants.

M. GALLARD désire attirer l'attention de la société sur *la Question de l'hermaphrodisme*. Depuis quelque temps on a publié un certain nombre d'observations, et tout récemment encore M. Lucas Championnière en relatait un cas dans son journal des praticiens. Il a remarqué que la plupart de ces observations semblent se rapporter à des hommes manqués ; il pense, quant à lui, que c'est le contraire qui est plus fréquent. La question de l'hermaphrodisme est intéressante à étudier. Existe-t-il des êtres réellement doubles ? L'embryogénie ne semble pas permettre la superposition des organes génitaux des deux sexes ; mais quelquefois, par suite d'une aberration de la nature, on observe d'un côté les organes d'un sexe et de l'autre côté ceux de l'autre sexe. Il serait intéressant de recueillir tous les documents relatifs à cette question et d'en tirer un travail d'ensemble qui serait lu à la Société. M. Gallard propose donc de nommer une commission qui serait chargée de ce soin.

Après quelques observations de MM. Guéniot et Martineau, cette proposition n'est pas adoptée par la Société.

M. CHARPENTIER lit, au nom de M. BERNUTZ, un travail intitulé : *Contribution à l'histoire de l'érysipèle intra-utérin et de ses irradiations internes et externes.* Dans les faits de cette espèce dont j'ai vu trois exemples, à dix ans d'intervalle l'un de l'autre, deux fois dans l'état puerpéral et une fois dans l'état de vacuité, l'érysipèle a pour point de départ la muqueuse utérine et de là se propage aux parties voisines. De là, deux ordres de faits qu'on peut observer dans l'érysipèle, qui a la muqueuse utérine pour point de départ, dont les uns sont comparativement simples par rapport à ceux du second ordre. Je m'occuperai d'abord du premier ordre dans lequel l'érysipèle vient, descendant par le vagin, émerger sur les parties génitales externes, puis bientôt envahit la peau des régions circonvoisines et s'étend plus ou moins loin, accompagné d'un ensemble symptomatique plus ou moins bénin, ou plus ou moins grave, suivant les cas.

Le premier fait remonte à 1863. Femme accouchée à la Pitié ; au 7e jour, frisson, fièvre. Le lendemain fièvre vive; la malade se plaint d'une cuisson, d'une sensation de brûlure occupant le fond du vagin ; à l'inspection et à la palpation du ventre, rien d'anormal. Le lendemain fièvre moindre, cuisson diminuée mais siégeant au dehors. A l'inspection on trouve les grandes lèvres tuméfiées, chaudes, rouges, douloureuses au toucher ; sur le périnée plaque érysipélateuse. Le lendemain l'érysipèle avait gagné la fesse droite ; guérison en 15 à 18 jours.

En 1873, deuxième cas chez une femme récemment accouchée. Au 6e jour frisson, fièvre légère, douleur dans la fosse iliaque gauche. Au toucher, tuméfaction œdémateuse très sensible dans le cul-de-sac vaginal gauche ; diagnostic, phlegmon du ligament large, vésicatoire, sulfate de quinine. Le surlendemain, sensibilité très grande à la vulve. rougeur des parties génitales, plaque érysipélateuse dans le pli génito-crural gauche ; le lendemain l'érysipèle s'étendit, mais la malade guérit. Il n'y a pas eu de phlegmon, l'érysipèle du cul-de-sac vaginal avait simplement retenti sur le ganglion obturateur.

Ces deux faits prouvent que les femmes, dans l'état puerpéral, peuvent présenter un érysipèle idiopathique, et que dans les suites de couches, l'érysipèle peut avoir pour point de départ le col utérin, qui, dans ces circonstances, est constamment le siège d'une solution de continuité. Il est probable qu'un certain nombre d'entre vous ont observé, comme moi, un ou plusieurs faits de cette espèce, et, par conséquent, que ce premier point de ma communication ne suscitera pas de discussion. Mais il n'en sera pas sans doute ainsi sur ce second point, à savoir qu'un érysipèle, qui a l'utérus pour point de départ, peut se propager à la trompe et de là au péritoine, en même temps qu'il vient, par le vagin, s'irradier aux parties génitales externes, et de là à la peau des régions circonvoisines comme me semble l'établir l'observation suivante.

Le 9 février 1880, le Dr Soudry, de Neuilly, m'envoie une jeune femme de 23 ans, tuberculeuse, qui depuis deux mois était en proie à des mé-

norrhagies symptomatiques d'une métrite consécutive à un avortement. Cette femme fut couchée à côté d'une malade affectée d'un érysipèle de la face. Le 16 février, 3 jours après la cessation de la perte, elle sort de l'hôpital ne présentant rien de particulier du côté du vagin et de l'utérus.

Elle rentre dans le service le 24 février, l'hémorrhagie ayant reparu, en même temps qu'une douleur abdominale vive s'établissait. Le soir même, M. Bernutz constatait une tuméfaction du cul-de-sac vaginal gauche qui lui fit poser le diagnostic de pelvi-péritonite. L'autopsie permit de vérifier ce diagnostic et de constater une inflammation chronique de la trompe gauche. Application de 15 sangsues.

Le 25, épistaxis. Le 28, signes caractéristiques de péritonite généralisée, aréole erysipélateuse autour des piqûres de sangsues. Le 29, amélioration telle des signes de la péritonite que M. Reynaud, suppléant M. Bernutz absent, crut devoir changer le diagnostic péritonite en péritonisme. Le premier était cependant exact. En même temps que l'amélioration se montrait, une plaque érysipélateuse émergeait de la narine droite. Le 1er mars on constate deux plaques érysipélateuses dans les deux plis inguinaux; ces deux plaques sont l'aboutissant de deux traînées rouges qui partent de l'extrémité supérieure de la vulve. Les grandes lèvres sont tuméfiées, rosées, chaudes et douloureuses à la pression. Ces plaques sont le résultat de l'extension de l'érysipèle génital. Rétention d'urine, fièvre. Du 2 au 8 mars, extension des plaques faciales et génitales. Le 8 mars, la desquamation commence. Le 10 dyspnée intense, fausses membranes foliacées sur le voile du palais, signes de bronchite des petites branches. Le 15, dyspnée toujours intense ; la desquamation est générale.

Quelle est la nature de la pelvi-péritonite qui a surgi chez cette femme qui avait été pendant 8 jours en contact avec une malade atteinte d'érysipèle de la face ? Quelle est la nature de la péritonite généralisée à forme complètement anormale dont le développement a coïncidé avec l'épanouissement sur la peau de la région inguinale d'un érysipèle que les circonstances suivantes indiquent avoir émergé du vagin ?

Il y avait une plaque de chaque côté du mont de Venus indemne, reliée à la partie supérieure de la vulve par une traînée rouge manifestement érysipélateuse et de date plus ancienne que l'exanthème inguinal, réunissant ainsi la manifestation inguinale à l'érysipèle occupant les grandes lèvres et le vestibule.

Cette disposition ne permet pas de croire que l'érysipèle a eu pour point de départ les piqûres de sangsues pour descendre de la fosse iliaque aux parties génitales externes, et de celles-ci remonter dans la fosse iliaque du côté opposé. De l'examen des dates d'apparition résulte ce fait, que le début de l'érysipèle génito-vulvaire et celui de la pelvi-péritonite ont coïncidé ; notion qui peut servir à déterminer la nature de l'affection péri-utérine. Cette pelvi-péritonite a eu pour cause procréatrice une salfyngite gauche, à la nature de laquelle a été subordonnée l'évolution de l'affection génito-péritonéale. Cette salfyngite coïncidente

de l'érysipèle utéro-vulvaire, 1° n'existait pas 8 jours auparavant lors de la sortie de la malade ; 2° elle a débuté tout à coup ; 3° elle s'est produite consécutivement à la réapparition de la métrorrhagie qui était sans doute symptomatique de la métrite d'ancienne date, mais dont le retour a pu avoir comme cause adjuvante l'imminence de l'érysipèle génital; 4° enfin, les symptomes de péritonite ont été s'accentuant de plus en plus et rapidement dans les premières vingt-quatre heures, pour conserver dans les jours suivants une acuité tout à fait en désaccord avec la forme fruste, latente, que cette pelvi-péritonite a revêtue après la généralisation si anormale sous tant de rapports, qui a donné à cette observation une physionomie absolument exceptionnelle.

Tout cela permet de croire que la salfyngite était le résultat de l'extension ascendante de l'érysipèle utérin. Il peut sembler peu orthodoxe d'admettre qu'une séreuse (le péritoine) puisse devenir par propagation le siège d'un érysipèle. Les changements subits qu'a présentés dans cette phase l'ensemble symptomatique : le 27, péritonite aiguë d'intensité moyenne; le 28, péritonite généralisée; le 29, amélioration énorme, qui a fait changer le diagnostic par M. Reynaud paraissent indiquer que l'inflammation péritonéale n'avait que léché la séreuse dans son extension démesurée. Ce qui semble confirmer cette opinion, c'est qu'après cet amendement coïncidant avec la manifestation d'un érysipèle de la face d'une part et avec l'extension de l'érysipèle inguinal de l'autre, la péritonite a revêtu une forme de plus en plus latente et n'était plus indiquée au bout de peu de temps que par de la douleur que suscitait la pression du creux épigastrique et les vomissements.

En terminant, l'auteur croit devoir signaler ce qui s'est passé dans le servicedes femmes en couches pendant la durée du séjour de la malade affectée d'érysipèle génital qui était couchée dans une salle séparée seulement de la première par un office.

Pendant que l'interne recueillait l'observation, trois femmes en couches ont été prises, à 8 jours d'intervalle, de septicémie puerpérale et ont succombé. Ces trois décès survenus à 8 jours d'intervalle tendent à faire croire que la contamination de la seconde n'a pas été le fait de la septicémie de la première et de même pour la troisième et militent en faveur de l'opinion que la présence d'une malade atteinte d'érysipèle dans une salle d'accouchements ou même dans une salle voisine, dont une partie du personnel expose les femmes en couches à un double danger : 1° à contracter par contagion un érysipèle génital ; 2° à être prises de septicémie puerpérale ; dans ce dernier cas, les accidents puerpéraux sont le fait d'une infection septique dont la malade atteinte d'érysipèle est le foyer, et ne résultent pas d'une contagion à proprement parler. On ne peut, en effet, considérer la septicémie puerpérale et l'érysipèle génital comme deux affections analogues à cause des profondes différences non seulement au point de vue anatomo-pathologique, mais symptomatique, qui existent entre ces deux ordres de faits ; différences que met en lumière l'observation de péritonite érysipélateuse que je viens de rapporter.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 9 février 1885. — Présidence de M. H. Huchard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu, mis aux voix et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Schwartz dit qu'il a dernièrement observé un abcès sous-péritonéal, traité par une incision très petite : la guérison fut très rapide, mais il y eut une rechute six semaines après.

M. Huchard, au nom de la Société, souhaite la bienvenue à M. Eloy, qui assiste pour la première fois aux séances.

La correspondance manuscrite comprend : 1° des lettres de MM. Gouël et Ed. Michel s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ; 2° des lettres de candidature au titre de membre titulaire adressées par M. Descroizilles, médecin des hôpitaux, présenté par MM. Huchard et Cyr ; rapporteurs : MM. Eloy et Schwartz ; M. Cadier, présenté par MM. Gouël et Apostoli ; rapporteurs : MM. Cyr et Barrette ; M. Paul Lucas-Championnière, présenté par MM. Cyr et Deniau ; rapporteurs : MM. Eloy et Philbert ; M. Nivert, présenté par MM. Tripet et Deniau ; rapporteurs : MM. Barette et Cyr ; M. Barié, présenté par MM. Gouël et Tripet ; rapporteurs : MM. Eloy et Schwartz ; M. Thuvien, présenté par MM. Huchard et Philbert ; rapporteurs : MM. Ed. Michel et Cyr ; M. Cadet de Gassicourt, médecin des hôpitaux, présenté par MM. Huchard et Cyr ; rapporteurs : MM. Eloy et Ameuille ; M. Pennel, présenté par MM. Philbert et Tripet ; rapporteurs : MM. Barette et Cyr ; M. Al. Renault, présenté par MM. Huchard et Eloy ; rapporteurs : MM. Ed. Michel et Cyr ; M. Dauchez, présenté par MM. Schwartz et Huchard ; rapporteurs : MM. Eloy et Cyr ; M. Godlewski, présenté par MM. Huchard et Tripet ; rapporteurs : MM. Eloy et Philbert ; M. Cesbron (de Marines), pour le titre de membre correspondant, présenté par MM. Cyr et Deniau ; rapporteur : M. Philbert.

M. le Secrétaire général communique une lettre de M. le Maire du IV[e] Arrondissement faisant appel à la générosité de la Société pour la Caisse des Ecoles du IV[e] Arrondissement.

M. le Président propose que la Société vote un don de 100 francs. — Adopté.

La parole est à M. le Trésorier pour la lecture de son rapport annuel sur les Finances de la Société.

Le rapport est adopté à l'unanimité des membres présents. Sur la proposition de M. Finot, délégué par la commission du Contrôle, la Société approuve les comptes du trésorier.

La correspondance imprimée comprend :

a) 4 numéros de la *Revue Médicale Française et Etrangère.*

b) 2 numéros du *Bulletin médical du Nord.*

c) Une brochure intitulée : *Des climats froids appliqués au traitement de la phthisie pulmonaire,* par M. Cazenave de la Roche, membre correspondant.

d) Le *Compte Rendu des Travaux et de la situation de la Société médico-chirurgicale de Liège.*

e) Une brochure intitulée : *de l'Epistaxis* par le Dr Voltolini, de Breslau.

f) Une note du Dr Schiffers, sur le *Cartilage aryténoïde nécrosé et rejeté pendant la vie.*

g) La *Revue de clinique médico-chirurgicale de M. Martineau.*

Sur la proposition de M. le Président, la commission pour le prix à décerner par la Société pour le meilleur ouvrage présénté dans l'année est ainsi constituée :

M. le Président, le Secrétaire général, le Trésorier ; trois médecins : MM. Finot, Ameuille et Lutaud ; trois chirurgiens : MM. Schwartz, Richelot et Barrette ; un accoucheur : M. Ed. Michel, et un pharmacien : M. Julliard.

La commission pour la médaille commémorative à offrir à MM. Labarraque et Richelot père est composée de MM. le Président, le Secrétaire général, le Trésorier, MM. Ameuille, Perrin, Finot, Donadieu, Groussin, de Ranse, Reliquet.

Sont présentés successivement les rapports suivants, tous favorables, de MM. Philbert et Eloy, sur la candidature de M. Lélu ; de MM. Deniau et Tripet, sur la candidature de M. Bignon ; de M. Deniau, sur la candidature de M. Robert Bartholow (de Philadelphie) au titre de membre correspondant étranger, et de MM. Percepied et Richelot fils, sur la candidature de M. Bureau.

M. Richelot fils donne lecture de sa communication **Sur le Traitement du varicocèle** (voir page 459).

DISCUSSION. — M. Schwartz appuie ce que vient de dire M. Richelot, sauf sur deux petits points.

M. Schwartz n'est pas partisan de la résection, et surtout de la résection sur une grande étendue.

Il y a 3 ans, M. Schwartz opéra à la maison Dubois un varicocèle volumineux, chez un hypochondriaque.

L'opération, pratiquée sous le chloroforme, fut rendue laborieuse par quatre syncopes successives qu'eut le malade.

Le pansement antiseptique fut rigoureusement appliqué. Incision de six centimètres sur le trajet du cordon ; dénuda-

tion du paquet veineux sur une petite étendue ; application de 2 ligatures sans dénudation complète (afin d'obtenir plutôt une thrombose que du sphacèle) ; pansement à la vaseline boriquée et Lister par-dessus, tel fut le manuel opératoire.

L'issue fut favorable : au bout de 2 ans, il n'y avait pas de récidive. Pas d'atrophie testiculaire, malgré la section de l'artère spermatique.

M. Richelot s'est trouvé amené à faire la résection à cause de la grande distance entre les deux ligatures, mais non par parti pris. Il croit que la section simple entre 2 ligatures est préférable.

A la suite du vote émis sur leurs candidatures, MM. Lélu, Bureau et Bignon sont nommés membres titulaires et M. Bartholow, membre correspondant.

La séance est lévée à 5 h. 40 minutes.

Le secrétaire annuel,
Tripet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ÉLYSÉE.

Séance du 2 février 1885. — Présidence de M. Blondeau.

La séance est ouverte à 8 heures 30.

M. Blondeau, au nom de la Société, adresse des félicitations à M. Reliquet promu officier de la légion d'honneur et à M. Hogg nommé chevalier.

A l'occasion du procès-verbal de la séance de janvier relatant in-extenso la communication de M. Roussel, la Société décide que le procès-verbal sera renvoyé au Comité de publication

M. le président fait part à la Société de la mort de M. Chéreau, ancien bibliothécaire à la Faculté de médecine et l'un des membres fondateurs de la Société de l'Elysée.

La correspondance comprend : 1° une lettre de candidature de M. le Dr Martel, présenté par MM. Chipier et Balzer ; 2° une lettre de M. le Dr Apostoli présenté par MM. Chipier et Le Pileur ; 3° une lettre de M. le Dr Trousseau présenté par MM. Balzer et Hermet.

M. Reliquet offre à la Société un travail sur les **stagnations d'urine**, leur physiologie pathologique et leur traitement.

C'est le 2e fascicule des leçons faites par l'auteur.

Les conclusions du rapport de la commission des finances, présenté par M. Nicaise sont adoptées.

La séance est levée à 9 heures 30.

Le secrétaire annuel,
Dr Chipier.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

226. — A céder bonne et ancienne clientèle en pleine activité, à 4 kilomètres d'un important chef-lieu de canton, dans la Charente-Inf. ; — s'adresser au bureau du journal.

220. — Clientèle à céder pour cause de maladie dans une ville de l'Eure. Rapport de 10 à 14.000 fr. ; — s'adresser au bureau du journal.

179. — Un confrère, ancien médecin militaire, désirerait un poste auquel seraient attachés quelques émoluments fixes ; — s'adresser au bureau du journal.

178. — A céder à 1 heure 1/2 de Paris, bonne clientèle médicale. Pas de concurrents, pas de pharmacien. Recette de l'année dernière: 7,800. Conditions très avantageuses ; — s'adresser au bureau du journal

177. — La commune de Becon (Maine-et-Loire), bourg de 2 000 habitants, demande un docteur en médecine. La clientèle peut s'étendre à 6 communes voisines a populations denses dont Bécon est le centre. Pas de docteur dans le canton ; — s'adresser au maire de Bécon.

176. — A céder de suite à Olonzac (Hérault), excellente et riche clientèle médicale d'un rapport de 15 à 17,000 francs ; — s'adresser au Dr Rouquette, à Olonzac.

175. — Un pharmacien, mari, sans enfants, désire trouver une gérance ou une occupation quelconque se rattachant à sa profession.

174. — Une place d'interne est vacante à l'asile d'aliénés de la Sarthe ; — s'adresser au secrétariat ou au médecin en chef de l'Asile.

173. — On demande un médecin pour une localité d'un département de la zone parisienne ; — s'adresser au Dr Paillot, à Noyers-sur-Sereins (Yonne).

172. — A céder, pour cause de santé, à Herblay (Seine-et-Oise), une excellente situation médicale ; — s'adresser à M. Lemaire, médecin à Herblay où à M. Preud'homme, pharmacien, 29, rue St-Denis, Paris.

171. — On demande un jeune Docteur à St-Julien-du-Sault (Yonne), chef-lieu de canton, à 132 kil. de Paris. Station du chemin de fer P.-L.-M. Clientèle à prendre de suite et gratuitement ; — s'adresser au maire de St-Julien-du-Sault.

170. — Un Docteur de la Faculté de Paris, licencié ès sciences naturelles, âgé de 30 ans, ayant exercé la médecine pendant trois ans, désire faire des remplacements ; — s'adresser au bureau du journal.

169. — A prendre gratuitement, à Thiron, poste médical. Installation agréable. Hôpital en construction. 9000 fr. touchés en 15 mois, plus un fixe de 1000 fr. ; — s'adresser au Dr Lefebvre, à Thiron (Eure-et-Loir).

168. — Excellent poste médical à prendre de suite à Fervaques (Calvados) ; — s'adresser au maire.

167. — Un jeune docteur, forcé par des raisons de famille de quitter Paris, désire céder sa situation médicale déjà bonne ; — s'adresser à M. ...bournel, 19, rue Gosselin, Paris.

166. — A céder de suite pour cause de maladie, clientèle d'un produit de 17 à 20,000 fr. ...chés, située dans un pays riche à 3 heures de Paris. Conditions très avantageuses ; — s'adresser au Dr Vrain, 19, rue Monge, Paris.

165. — Excellent poste médical à prendre de suite au Buis-les-Baronnies (Drôme) ; — s'adresser au maire.

164 — A céder de suite, à Paris, clientèle médicale et mobilier, ensemble ou séparément ; — s'adresser à M. Cousin, 89, rue de Grenelle-Saint-Germain.

163. — Un confrère possédant un vaste immeuble dans la banlieue de Paris désirerait s'associer à un autre confrère pour y installer une maison de santé ; s'adresser au bureau du journal.

162. — Bonne clientèle médicale à prendre de suite à Mourmelon-le-Grand (Marne). La commune accorde une subvention annuelle de 1.500 fr. ; — s'adresser au maire.

161. — Excellent poste médical pour un jeune docteur est vacant dans une des principales villes de la Corrèze ; — s'adresser au maire de Bort.

160. — Pour cause de départ, excellent poste médical à céder dans les Basses-Pyrénées Situation balnéaire très fréquentée. *Saison d'été et saison d'hiver.* Rapport assuré 10.000 fr., fixe 2.500 fr. ; — s'adresser à M. Ant. Charvet, 43, boulevard Voltaire, Paris.

159. — Clientèle médicale à céder a des conditions très avantageuses, dans une des plus riches communes d'Indre-et-Loire ; — s'adresser au bureau du journal.

158. — A céder de suite, à des conditions très avantageuses, une clientèle médicale dans la banlieue de Paris, chef-lieu de canton, 1/2 heure de chemin de fer, ligne du Nord. Pas de concurrent. Produit annuel justifié 10.000 fr. dont une partie fixe ; — s'adresser au Secrétaire de l'école de pharmacie, 4, avenue de l'Observatoire, Paris.

218. — La commune de Vitry-aux-Loges, 1.550 habitants, canton de Châteauneuf-sur-Loire, ligne d'Orléans à Châlons, demande un médecin. Subvention annuelle 600 fr Recette assurée 5 à 6.000 fr. ; — s'adresser au Maire.

157. — A prendre de suite, pour cause de depart, une clientèle médicale dans un chef-lieu de canton de l'Aube. Produit 7.000 fr ; — s'adresser au docteur Compérat, à Aix en-Othe (Aube).

156. — Poste médical à prendre de suite, à Sainte-Sévère (Indre) ; — s'adresser au maire de Saint-Sévère.

155. — A céder de suite, dans Loir-et-Cher, bon poste médical d'un produit moyen de 12 a 15.000 fr Condition : prendre la suite du bail et s'adresser. au docteur Brochard, à Herbaul (Loir-et-Cher).

154. — Excellent poste médical à prendre de suite dans la Sarthe ; s'adres. au bur. du journal.

153. — A prendre dans l'Yonne, excellente clientèle médicale, d'un produit de 8 à 10.000 fr. ; — s'adresser au bureau du journal.

152. — Poste médical à prendre dans Tarn-et-Garonne. Il est alloué un fixe de 1.000 fr. ; s'adresser au bureau du journal.

147. — Poste médical à prendre dans le département du Lot, 2.200 habitants, station de

Voir la suite des vacances médicales, p. 528

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS
Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE : COMMUNICATION DE MM. ALPHONSE GUÉRIN, POLAILLON ET PANAS SUR L'ANTISEPSIE CHIRURGICALE ; EXTIRPATION DU LARYNX, SUIVIE DE SUCCÈS, PAR M. LÉON LABBÉ.

Qu'est-ce qui a manqué à M. Alphonse Guérin pour être aussi célèbre que Lister et pour que son mode de pansement fût universellement adopté ? Il n'était pas étranger, et son mode de pansement était par trop simple. Comment donc, rien que de la ouate ? C'était peu : parlez-nous du spray, du protective, de la gaze phéniquée, du mackintosh, etc. ; à la bonne heure, voilà qui est sérieux. Et voilà pourquoi le monde médical, et la France en particulier, ne rendra pleine justice à notre compa-

FEUILLETON

LE SECRET PROFESSIONNEL ET LE MÉDECIN DE BASTIEN LEPAGE.

Une question fort délicate vient d'être tranchée par la neuvième chambre correctionnelle du tribunal de la Seine, la question de savoir jusqu'à quelle limite doit s'étendre le respect du secret professionnel. On se souvient que Bastien-Lepage, ce peintre de grand talent qui a été enlevé si prématurément, était à peine mort que la rumeur attribuait cette mort à une maladie honteuse. Le Docteur Watelet, qui n'avait pas été seulement son médecin, mais son intime ami, trouvant dans le journal *le Voltaire* du 13 décembre 1884 un article qui lui parut porter atteinte à l'honneur de Bastien-Lepage, voulut confondre la calomnie et adressa le jour même au journal *le Matin* la lettre suivante :

13 décembre 1884.

A Monsieur le Directeur du *Matin*.

Monsieur,

Dans le *Voltaire* de ce jour 13 décembre, à propos de la mort

triote qu'après sa mort, ainsi que cela arrive bien souvent. M. Alph. Guérin aura beau montrer, comme il l'a fait mardi, les excellents résultats que lui a donné le pansement ouaté employé méthodiquement et non empiriquement, la majorité des opérateurs continuera à préférer le pansement de Lister.

Du reste, la plupart des chirurgiens ont accommodé ce mode de pansement à leur idée : à côté de M. Polaillon qui l'emploie assez rigoureusement, voilà M. Panas, listérien non moins convaincu, mais qui n'emploie ni le spray, ni l'acide phénique, ni la gaze... Qu'importe d'ailleurs, pourvu que les résultats obtenus soient excellents, et ceux qu'a produits M. Panas pourraient être difficilement meilleurs.

M. Léon Labbé est venu lire à l'Académie le récit réellement émouvant d'une opération qu'il a pratiquée tout récemment et qui exigeait un rare sang-froid et une habileté opératoire peu commune. L'extirpation du larynx, pratiquée surtout à l'étranger, a bien rarement été suivie de succès. Quatorze jours après l'opération, le malade de M. L. Labbé était dans un état très satisfaisant, aussi bien au point de vue local qu'au point de vue général.

---

de Bastien-Lepage, on parle d'une consultation qui aurait eu lieu il y a plus d'un an avec les docteurs Potain, Fournier, Marchand, Watelet, votre serviteur, laquelle consultation aurait eu pour conclusion l'impossibilité d'intervenir chirurgicalement. Le même journal déclare également que le climat d'Alger a dû activer le développement de la maladie, sans doute à cause de la chaleur. Ces deux allégations sont fausses et je vous demanderai la permission d'y répondre, comme c'est mon droit. Pendant près de dix ans, j'ai été le confident et le médecin de Bastien-Lepage, et à ses derniers moments, à son retour d'Alger, une coterie infâme m'a écarté de son chevet, après avoir persuadé à sa pauvre mère, à son frère, que je l'avais envoyé là-bas pour dégager sans doute ma responsabilité. Cette imputation déloyale m'oblige à rétablir les faits et je suis sûr qu'en cette circonstance je ne serai démenti par aucun des maîtres dont je m'étais entouré dans l'intérêt de mon pauvre ami.

Il y a vingt mois, en mai 1883, je constatais chez mon ami une tumeur du testicule gauche. Immédiatement je fis venir en consultation M. le Docteur Marchand, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé de la faculté de Paris, et M. le professeur Fournier

REVUE PROFESSIONNELLE

—

LA SOCIÉTÉ CENTRALE DES MÉDECINS DE FRANCE ET LES SYNDICATS.

Dans un discours prononcé dans la séance du 8 février, M. Le Roy de Méricourt a dit quelques mots d'une question qui passionne un grand nombre de nos confrères. Le milieu parisien lui paraît peu favorable à la formation des syndicats ; il craint d'ailleurs que partout il n'y ait bien des mécomptes et que les médecins, très considérés aujourd'hui, ne passent plus dans l'avenir que pour les membres d'une corporation essentiellement commerciale.

Ce n'est pas dans une réunion annuelle, fort peu nombreuse, de la Société centrale, qu'il est possible de résoudre des questions de ce genre ; mais en dehors du groupe de médecins fortunés qui chaque année déversent très généreusement dans la caisse de l'Association le trop plein de leur bourse, il existe un très grand nombre de nos confrères qui souffrent, qui sont dans la gêne et qui sont loin d'avoir la position qu'auraient dû leur valoir leur intelligence, leur science et leur dévouement. Il est très naturel que ces médecins cherchent à améliorer leur

---

pour lequel Bastien semblait avoir une grande prédilection comme médecin consultant. Une opération radicale fut décidée et la tumeur fut enlevée par M. Marchand. Je l'assistai et M. le professeur Fournier voulut bien administrer le chloroforme. L'examen de la tumeur fut confié au Docteur Malassaz, préparateur au Collège de France, et il déclara que la nature cancéreuse ne laissait aucun doute ; que la mort était certaine à courte échéance.

Les suites de l'opération furent heureuses. Bastien partit à la mer, passa l'hiver à Damvillers et revint à Paris au mois de mars 1884, très affaibli, souffrant de tout le ventre et désirant aller à Alger guérir ses rhumatismes, comme il disait.

A cette époque, je fis venir mon maître, le professeur Potain, qui conseilla vivement ce voyage.

Il partit, je ne l'ai plus revu. Voilà les faits.

Il est nécéssaire dans l'intérêt de la vérité, plus encore que pour me laver d'accusations infâmes et mensongères, qu'on sache bien que la maladie était bien définie et de nature cancéreuse ; que les sommités médicales et chirurgicales ont conclu à une opération terrible, la castration, opération qui ne pouvait être que palliative et accorder au maximum deux années d'existence : que la récidi-

situation matérielle et à relever le taux des honoraires, qui ne suit pas la progression constante du prix des choses nécessaires à la vie.

Le secrétaire, M. Piogey, qui a pris la parole après M. Le Roy de Méricourt, n'est pas plus favorable que lui à la constitution des syndicats ; l'honorable secrétaire reconnaît que la plupart des sociétés de secours mutuels sont prospères uniquement par le fait du désintéressement des médecins ; mais il pense que dans ces sociétés elles-mêmes les honoraires ont beaucoup augmenté. M. Piogey se base certainement sur quelques très rares exceptions qui ne sauraient constituer une règle générale.

Un passage très applaudi de ce discours est celui où M. Piogey a rappelé la fortune de la Société et le bien qu'elle fait chaque année. 5,000 francs ont été ajoutés à la caisse des pensions viagères ; d'autre part, la fortune de l'Association générale atteindra facilement 2 millions dans deux ou trois ans. Dès maintenant, tout sociétaire inscrit depuis dix ans, c'est-à-dire après avoir versé la modique somme de 120 francs, peut, s'il est infirme et dans l'impossibilité de continuer l'exercice de sa profession, toucher une pension viagère de 600 francs. Le résultat est certainement très beau et l'on ne saurait trop encourager une pareille œuvre ; mais cela ne peut empêcher de regarder

---

ve était prévue, le cancer devant se reproduire fatalement dans l'intestin ou dans les reins.

Enfin, que le climat d'Alger, si incriminé auprès de la famille, ne pouvait avoir, de l'avis du docteur Potain, la mauvaise influence qu'on lui a prêtée.

Mon pauvre ami devait fatalement mourir, et ni mon dévouement, ni la science ne pouvaient le sauver.

Recevez, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Dr WATELET.

Le parquet a vu dans la publication de cette lettre une violation du secret professionnel ; et d'office, sans aucune demande de la part de la famille de Bastien-Lepage, il a poursuivi M. le Docteur Watelet et le gérant du *Matin* en police correctionnelle.

M. Watelet avait-il obéi au désir de défendre celui qui fut à la fois son client et son ami ; avait-il voulu protéger sa réputation médicale qui avait été attaquée par la critique faite de son diagnostic ? Le tribunal ne paraît pas s'en être préoccupé, il a jugé la question strictement en droit et a rendu, conformément aux con-

d'un œil favorable les efforts de confrères qui, dès aujourd'hui et non pour leur vieillesse, cherchent à améliorer leur situation et celle de leur famille.

(*France médicale.*)

REVUE CLINIQUE

DES BASSINS EN FER FONDU

ET DES PRÉPARATIONS DES CADAVRES DE FEMMES APPLIQUÉS A L'ÉTUDE DE L'OBSTÉTRIQUE

Par le Dr E. Verrier,

Préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de médecine

Dans le courant du semestre d'été de l'année scolaire 1884-85, quelque temps après la leçon d'inauguration du cours de M. le professeur Tarnier, nous causions, le professeur et moi, en présence de M. le Dr Bar, de la mécanique obstétricale et des bassins en fer fondu. « Ce fut moi, disait M. Tarnier, qui fis faire les premiers bassins en fer fondu pour l'étude du mécanisme de l'accouchement. »

Je réclamai bien un peu en faveur du professeur Fabbri, de

clusions de M. le substitut du procureur de la République, le jugement suivant :

« Attendu que, le 12 décembre 1884, Watelet, docteur en médecine à Paris, a adressé au gérant du journal le *Matin* sur les causes de la mort du peintre Bastien-Lepage, sur sa maladie, sur le traitement chirurgical qu'il avait subi, une lettre destinée à la publicité et qui, conformément à ses intentions, a été insérée dans le numéro du 13 décembre ;

» Attendu que Watelet a par cette lettre révélé au public un ensemble de faits essentiellement intimes par leur nature même, qui lui avaient été confiés et dont il n'avait eu connaissance qu'à raison de l'exercice de sa profession, alors qu'il traitait Bastien-Lepage en qualité de médecin ;

» Attendu que l'art. 378 du Code pénal a pour objet de protéger 'ans un intérêt d'ordre public la sécurité, l'honneur et la délicasse des individus ou des familles contre les indiscrétions des pernnes dépositaires de secrets par leur état ou leur profession ;

» Attendu que les termes généraux et absolus de cet article ne mportent de restrictions d'aucune sorte ;

» Que nulle disposition exceptionnelle et particulière de la loi

Bologne, dont j'avais souvenance d'avoir publié un article sur ce sujet quand j'étais rédacteur en chef de la *Gazette obstétricale*; mais M. Tarnier m'ayant dit que ses premiers bassins en fer fondu devaient dater de 1868, je n'insistai pas et résolus de rechercher les différentes étapes par lesquelles avait passé l'étude de la mécanique obstétricale et quel était l'état actuel de la science à ce sujet.

Ce fut J. B. Monteggia, de Milan, qui, à la fin du siècle dernier, indiqua le premier l'avantage que l'on obtiendrait pour l'enseignement de l'obstétrique en substituant aux mannequins en peau employés dans les écoles de médecine et les cours de sages-femmes, le cadavre d'une femme, préparé pour la circonstance et celui d'un fœtus mort-né. Il joignit l'acte aux paroles.

Mais les préparations de Monteggia étaient défectueuses et ne pouvaient en aucun cas donner une idée pratique des difficultés dont les rétrécissements du bassin sont souvent la cause. C'est à Giovan-Battista Fabbri, de Bologne, que revient véritablement l'honneur d'avoir préparé des cadavres d'une façon tout à fait utile pour la démonstration des principes de l'obstétrique et aussi pour l'explication des difficultés que l'on rencontre dans les bassins rétrécis.

Voici comment l'illustre accoucheur italien décrit dans son tra-

---

ne fait de l'intention de nuire ou de dénigrer l'élément essentiel et constitutif de ce délit ; — que le dommage pour l'ordre public ou pour la personne dont le secret est trahi peut en effet résulter au même degré d'une simple indiscrétion que d'une révélation volontairement malveillante ;

» Attendu dès lors que l'élément intentionnel du délit existe, suivant les règles ordinaires du droit pénal, dans la transgression volontaire de la loi et dans la connaissance par la personne tenue au secret professionnel qu'elle viole le dépôt de confiance qui lui a été fait ;

» Attendu qu'il importe peu en conséquence que Watelet n'ait pas agi dans une intention malveillante ; que l'absence d'intention de nuire peut seulement atténuer le délit, mais non le faire disparaître;

» Qu'en admettant même que Watelet se crût en butte à des reproches immérités d'impéritie, les polémiques des journaux ou l'intérêt personnel ne sauraient jamais légitimer la violation du secret professionnel et autoriser le médecin à porter à la connaissance du public les caractères de la maladie de la personne qu'il a soignée et le traitement qu'il a prescrit. »

. . . .

vail, *Utilita dell' ostetricia sperimentale*, sa méthode de préparation des cadavres et les artifices par lui imaginés pour resteintreindre le diamètre antéro-postérieur des bassins qu'il destinait à ses expériences.

—In questa mem l'A. descrive il *suo modo di preparare il cadavere di donna* per farvi gli esperimenti ostetrici ; e gli artifici da lui immaginati per *restringere la pelvi del cadavere* stesso artifici che egli poi perfezionò, come narra nella seguente memoria a pag. 498. Vol. II. 1863.

Dans un cadavre de femme il fait faire d'abord, par son préparateur, une grande incision transversale de la peau, tout près des mamelles. Deux autres incisions verticales descendent des deux extrémités de celle-là jusqu'aux épines antéro-supérieures des iléums. Le grand lambeau ainsi circonscrit est renversé en bas. Il comprend les téguments seuls, si le sujet a beaucoup d'embonpoint ; mais s'il est maigre, il faut y comprendre les muscles et le péritoine.

Le préparateur enlève ensuite les viscères abdominaux, mais en conservant le rectum et la portion sygmoïde du côlon qu'il attache aux vertèbres. La vessie, l'utérus et le vagin sont également enlevés. Ce dernier doit être coupé tout proche du plancher périnéal, mais en ayant soin de ne pas entamer le rectum.

Cela fait, le préparateur relève le lambeau de devant pour en

---

M. Watelet est condamné à cent francs d'amende ; le gérant du *Matin*, à seize francs de la même peine.

Lors de sa comparution devant la 9e chambre, M. le Docteur Watelet s'était expliqué dans les termes suivants :

« J'ai toujours vu qu'un médecin devait garder un secret absolu sur tout ce que lui confiaient ses clients. Mais quand Bastien-Lepage est mort, le bruit a couru dans le public qu'il succombait à une affection syphilitique contractée en Angleterre. J'ai cru alors honorer la mémoire du grand peintre en révélant exactement la nature de la maladie qui l'avait enlevé. Le jour de l'enterrement de Bastien-Lepage, j'ai entendu à la cérémonie répéter par plusieurs personnes que j'étais « ignoblement » coupable d'avoir envoyé mourir ce pauvre Lepage en Algérie. Le lendemain des obsèques, je lus un numéro du *Voltaire*, dans lequel se trouvait inexactement rapportée une consultation que MM. Potain, Fournier, Marchand et moi, nous avions donnée à Lepage quelque temps avant son départ pour l'Afrique. Alors je n'ai pas hésité à écrire au *Matin*.

Me Demange qui était chargé de la défense de M. Watelet, après avoir défendu son client avec son talent habituel, avait terminé sa plaidoirie en déclarant : que M. le Docteur Watelet avait écrit la

enfoncer la plus grande partie dans l'excavation ; son bord supérieur est alors fixé aux vertèbres lombaires moyennant une ficelle qui embrasse la colonne, étant passée par les deux trous de conjugaison. Au fond de la poche qui occupe maintenant le petit bassin, et qui nous représente le segment inférieur de l'utérus, le préparateur pratique une ouverture plus ou moins large qui en sera l'orifice. Sur cette espèce de godet le préparateur n'a plus qu'à placer le fœtus et le professeur à faire ses démonstrations...

Toutefois, pour faciliter encore la dilatation de la vulve et ne pas compromettre l'intégrité du périnée, le professeur fait encore débrider la vulve par une incision supérieure et deux latérales.

Il est clair que sur un cadavre ainsi préparé on pourra démontrer tous les mécanismes des accouchements spontanés, pratiquer un grand nombre d'opérations manuelles et instrumentales.

Aucun mannequin, fût-ce même le mannequin perfectionné de Budin et Pinard, qui est cependant un progrès réel sur les anciens fantômes, ne pourra remplacer pour les démonstrations obstétricales, un cadavre ainsi préparé.

Dans mon cours à l'Ecole pratique, pendant plusieurs années de suite — 1873-74 — 1874-75 — je me suis servi d'un cadavre

---

lettre incriminée sous l'empire d'une indignation bien légitime pour défendre à la fois son honneur et la mémoire de son ami Bastien-Lepage ; que l'intention du docteur Watelet était donc pure et que d'après la jurisprudence, pour qu'il y ait délit de révélation de secrets professionnels, il fallait que cette révélation ait été faite avec l'intention de nuire. Le délit n'existait donc pas.

Nous croyons que le tribunal a fait une juste application de la loi, tout en tenant un large compte à M. le Docteur Watelet de son honorabilité et des circonstances.

C'est un respect absolu que l'on doit à la loi, un respect, je dirai presque aveugle, qui ne permet pas l'examen. Il ne s'agit pas de savoir si en transgressant cette loi, on est mû par un sentiment louable, si on sert ainsi des intérêts précieux et respectables. La loi existe, il faut lui obéir, il faut s'incliner devant elle. Si on cédait aux raisons de sentiments, qui sait jusqu'où l'on pourrait se trouver entraîné.

Assurément M. Watelet était des plus excusables dans l'espèce, car s'il a violé incontestablement le secret professionnel, il l'a fait pour défendre son honneur comme aussi la mémoire de l'ami pour

préparé par la méthode de G. B. Fabbri et j'y ai trouvé cet avantage qu'aucun mannequin ne donne, c'est que le doigt de l'étudiant qui explore, sa main qui opère, les instruments qu'il emploie, ne peuvent atteindre le fœtus, *sans passer par l'orifice utérin*. On ne peut qualifier de ce nom l'orifice de cuir fermé d'un ruban à coulisse qui se trouve à l'intérieur de quelques fantômes, et qui ne peut en aucun cas donner l'idée du col utérin, ni, par conséquent, faire l'éducation du doigt.

Le professeur Fabbri ne s'est pas borné à cette innovation pour simuler les rétrécissements du bassin sur le même cadavre et donner aux élèves l'idée des opérations que l'on doit pratiquer au détroit supérieur. Il a fait confectionner trois plaques de zinc pour les appliquer séparément ou ensemble contre le promontoire du sacrum avant de fixer le lambeau abdominal.

Ce rétrécissement artificiel peut se faire aussi sur un bassin sec, et, à la mort de Joulin, sa veuve m'avait fait cadeau d'un bassin blindé *avec plaques se superposant*, dans lequel cet habile accoucheur avait fait ses célèbres expériences pour prouver la valeur de la force appliquée aux accouchements (aide-forceps).

Mais il faut bien le dire, sous ce dernier rapport, nul artifice ne vaut celui que nous offre le mannequin obstétrical de Budin et Pinard, qui réalise tout ce que l'on peut désirer pour la pro-

---

lequel il avait eu le chagrin de voir ses soins, sa science et son dévouement inutiles ; s'il a contrevenu à l'une des premières règles de sa profession, c'est qu'il a cru devoir obéir à une loi qu'il a considérée comme supérieure, celle de protéger un mort contre la calomnie. Il a cru « *sortir de la légalité pour rentrer dans le droit* ».

Il ne le pouvait pas sans commettre une faute, excusable sans doute, mais punissable cependant, car les termes de l'article 378 du code pénal sont généraux et absolus et ne contiennent, quant à l'intention, aucune restriction. Les pénalités édictées doivent être appliquées qu'il s'agisse d'une révélation volontairement malveillente ou d'une simple indiscrétion, l'élément intentionnel du délit consistant, selon les règles ordinaires du droit pénal, dans la transgression volontaire de la loi et dans la connaissance par la personne tenue au secret professionnel, qu'elle viole le dépôt de confiance qui lui avait été fait.

Quelque rigoureuses que puissent paraître au premier abord ces conclusions, qui sont celles du tribunal de la Seine, les médecins savent trop l'importance qu'a pour eux le grand principe du secret professionnel pour ne pas s'y rallier.

Georges ROCHER, avocat à la Cour de Paris.

duction des rétrécissements artificiels dans le diamètre antéro-postérieur du bassin, que l'on sait être les plus fréquents.

Quant aux fœtus depuis longtemps, pour le toucher, on a remplacé dans les cours, les fœtus en peau, par des fœtus morts et conservés.

Cependant, pour qui étudie avec soin les vices de conformation du bassin, il est facile de voir que les rétrécissements antéro-postérieurs ne sont pas les seuls qui existent, qu'il y en a d'obliques, de transversaux et même d'autres où tous ces rétrécissements sont combinés, sans compter les bassins viciés par étroitesse absolue.

Or, les mannequins les plus parfaits ne peuvent donner une idée de ces déformations multiples. C'est précisément parce que les rétrécissements artificiels ne peuvent donner tous les détails des bassins déformés que l'on rencontre dans nos musées, que M. Tarnier et Fabbri (1) avaient résolu de faire mouler en fer fondu des bassins de leurs collections, autant pour éviter les dégradations que ceux-ci auraient eu à subir d'un maniement trop fréquent, que pour pouvoir multiplier les exemplaires des bassins curieux et les envoyer partout. Tel était du moins le mobile du professeur de Bologne, car on imite difficilement les bassins asymétriques, et parmi ceux-ci le vrai type du bassin oblique ovalaire de Nœglé est tout à fait inimitable.

De plus, le prix de revient de ces bassins en fer fondu est très minime, et on pourrait, grâce à eux, répéter les exercices et les expériences bien mieux que dans les mannequins modernes, sans compter que l'on aurait là le meilleur des albums.

Il serait à désirer que M. Tarnier, aujourd'hui professeur, revienne à sa première idée de faire fondre en fer et répandre à profusion les modèles de bassins de nos musées, car avec leur aide les élèves se feraient une idée bien plus exacte des obstacles mécaniques les plus importants, qui de temps à autre entravent la marche du fœtus dans les différentes régions du bassin.

Depuis les dernières publications du professeur G. B. Fabbri, son fils, Ercole Frederico, Fabbri professeur d'obstétrique à Modène, a ajouté un perfectionnement aux bassins de son père,

(1) Mém. 39, vol. II, 1872, et Mém. 43 Ac. des sciences, 2 janvier 1873. Mém. 44. Renseignements historiques. (Memorie della Soc. med. chir. di Bologna, per professor A. Corradi.)

en séparant un de ces bassins suivant son diamètre transversal et en maintenant le segment antérieur plus ou moins écarté du segment postérieur, à l'aide de deux vis et de deux boutons ; il simule ainsi des agrandissements et des rétrécissements facultatifs, portant sur l'ensemble des diamètres et non d'une manière exclusive sur le sacro-pubien (1).

Si la réforme dont je parle était adoptée dans l'enseignement de l'obstétrique, les élèves seraient par cela même mis en état d'établir au juste les indications que ces obstacles présentent, de juger de l'action des instruments et de la préférence qu'il leur faudrait accorder aux uns sur les autres, suivant les diverses circonstances du début ou du cours de l'accouchement.

On obtiendrait ainsi un meilleur résultat et à moins de frais surtout que dans un de ces mannequins modernes dont le prix est exorbitant.

Autrefois cinq ou dix élèves se cotisaient pour acheter un mannequin de peau à l'aide duquel il étudiaient leurs accouchements. Aujourd'hui cela n'est plus possible, car les mannequins nouveaux coûtent à peu près dix fois le prix des anciens et sont d'un entretien très dispendieux.

Aussi appellerai-je de tous mes vœux l'adoption des bassins en fer fondu pour notre école dans laquelle les bons exemples de la clinique, aidés d'un sage enseignement théorique, développeraient dans l'esprit des élèves le goût du *festina lente* et du *nec temere nec timide* qui, comme le disait le regrettable G. B. Fabbri, résument dans une admirable synthèse les qualités du vrai praticien.

RHUMATISME VISCÉRAL MÉTASTATIQUE.

Le 21 août 1869, M. Joseph Keppel, avocat à New-York, entra dans mon cabinet. C'était un homme de cinquante ans, assez gros, de taille moyenne et d'apparence robuste. Sa santé avait toujours été bonne, sauf quelques douleurs passagères dans les muscles, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre ; disposition qu'il tenait, disait-il, de son père rhumatisant. Ces douleurs, très modérées d'ailleurs, ne l'arrêtaient jamais ; il vivait

(1) Presentato allà Società medico-chirurgica di Bologna nella seduta delli 11 novemb. 1882.

bien et ne commettait d'excès d'aucune sorte. Sa femme était morte deux ans auparavant et il avait placé son fils unique, âgé de 14 ou 15 ans, dans une maison d'éducation en Suisse. Resté seul, il eut besoin de faire appel à toute son énergie (elle était grande, ainsi que je le vis plus tard) et aux toutes-puissantes diversions du travail, pour ne pas tomber en tristesse, selon son expression.

En 1868, il fut atteint d'une hydarthrose au genou gauche, laquelle dura longtemps et l'obligea à garder le repos. Une fois guéri, il éprouva le désir de voir son fils et, en passant par Paris, il consulta M. le Dr Davaine qui lui conseilla de s'arrêter à Aix après être allé en Suisse, et d'y suivre un traitement thermal sous ma direction.

Si j'ai donné ces détails préliminaires, c'est qu'on y trouve la confirmation d'une remarque, bien des fois faite à propos de l'étiologie des affections rhumatismales, mais sur laquelle on n'a peut-être pas assez insisté. Je veux parler de la dépression soit physique, soit morale, qui précède, oserai-je dire toujours, les manifestations rhumatismales. C'est un point que l'interrogation attentive des malades qui viennent à Aix a mis hors de doute pour moi depuis longtemps, et qui, pour le dire incidemment, différencie, au moins dans leurs causes, le rhumatisme et la goutte.

Le traitement prescrit consista en douches moyennes, à un seul doucheur, prises à l'étage supérieur de l'établissement, c'est-à-dire sans la moindre pression possible et à la température modérée de 34 ou 35 degrés centigrades.

Qu'il me soit permis de faire remarquer que le mot : « douche » appliqué à l'opération balnéaire en usage à Aix est un assez mauvais mot. Etant données les habitudes qu'on a des pratiques hydrothérapiques, le mot douche éveille dans l'esprit l'idée d'une chose froide, rapide et brutale. Or, ce qu'on fait à Aix est tout le contraire ; c'est un arrosement à grande eau qui dure un quart d'heure au moins, et dont le médecin peut graduer à volonté la température et la pression. En même temps que l'eau coule, le patient est massé, ou, pour parler exactement, est pétri et comme malaxé par un ou par deux doucheurs. Il faudrait donc dire que l'opération traditionnel

d'Aix, est un arrosement avec pétrissage. Mais c'est bien long et ce n'est pas euphonique. Le mot douche a prévalu.

Après avoir pris trois douches, le malade devait consacrer le quatrième jour à un bain de piscine, et continuer, avec ces alternatives, pendant une vingtaine de jours, à moins d'indications nouvelles.

Le 31 août, dix jours après le début du traitement, je revis mon client. Il me dit qu'il n'avait pas suivi très exactement ma prescription. Il avait pris plus de bains que de douches, parce que ça l'amusait de nager dans la piscine, et il se sentait fatigué. Je lui fis observer, à sa grande surprise, que les bains fatiguent plus que les douches et je l'engageai à revenir simplement au programme que je lui avais tracé.

Le 9 septembre, le temps, qui était très beau la veille, changea brusquement. Il plut toute la matinée ; mais, à la fin de la journée, le ciel s'éclaircit. M. K., qui n'avait pu faire, avant déjeuner, sa promenade quotidienne, résolut d'en faire une plus longue par compensation, avant le dîner. Il alla jusqu'au lac du Bourget par l'avenue des platanes, qui a près de quatre kilomètres de longueur. L'heure le surprit et il revint en toute hâte. Il ne put dîner et se contenta d'un peu de potage et d'une tranche de melon. Le soir, il éprouva de violentes coliques ; je prescrivis quelques gouttes d'elixir parégorique à prendre sur un morceau de sucre, et des lavements laudanisés.

Le lendemain matin, le malade me dit que les coliques ont duré toute la nuit ; mais que, maintenant, il se sent mieux.

Le 11 septembre, il me fait appeler dans l'après-midi. Il a été repris de coliques plus violentes encore que l'avant-veille. Cependant, il n'avait mangé, à déjeuner, qu'une simple côtelette. Il s'est administré, de son autorité privée, deux « blue pils » (mercure éteint dans la conserve de roses) et un peu de magnésie ; ce remède, usuel dans tous les pays de langue anglaise, lui a toujours réussi, dit-il, lorsque ses digestions ne se font pas bien. Je le revois le soir ; il se plaint de douleurs atroces siégeant dans l'hypochondre droit.

J'explore minutieusement toute la région, et, à part une pointe de hernie inguinale à peine perceptible, je ne trouve rien ni à la palpation, ni à la percussion ; le facies n'est pas al-

téré, la langue est bonne, le pouls, un peu serré, est calme, malgré l'agitation extrême du malade.

Je prescris un liniment avec le chloroforme et le baume tranquille ; une pilule à un centigramme d'extrait thébaïque à prendre d'heure en d'heure, et des lavements avec la décoction de pavots additionnée de laudanum.

Les douleurs s'apaisent vers deux heures du matin, et la journée du 12 se passe sans grandes souffrances.

Mais, le 13, on vient me chercher à 5 heures du matin. Il y a eu une crise horriblement douloureuse à une heure après minuit, et, depuis ce moment, les douleurs n'ont pas diminué. Les garde-robes se sont supprimées. Je fais administrer deux lavements purgatifs, et poser un large sinapisme sur le flanc droit. — A 9 heures et demie, les lavements n'ont produit aucun résultat ; l'état est le même.

Dans la journée, le malade commençant à s'inquiéter, je prie M. le Dr Davat, doyen des médecins de la station, de vouloir bien m'aider de ses conseils. Mon honorable confrère, après avoir examiné le malade, émet le doute qu'il pourrait bien s'agir d'une occlusion intestinale, et il est d'avis d'essayer d'une application de glace sur l'abdomen, et de donner toutes les 2 heures un paquet de 0,20 c. de calomel. Nous revoyons ensemble le patient à 7 heures du soir ; la situation n'a pas changé ; les douleurs sont aussi vives. Nous prescrivons un lavement morphiné et des embrocations avec le laudanum pur.

A la fin de la soirée, le malade est un peu plus calme ; il a eu deux petits frissons qui n'ont duré que quelques minutes. En palpant la région du ventre, je trouve de l'empâtement au niveau de la valvule iléo-cœcale et je me demande si les frissons sont prodromiques d'un abcès de la fosse iliaque, ou s'ils n'ont pas été simplement déterminés par le contact de la glace ?

Le 14, à ma première visite, la garde me dit que le malade s'est endormi à 5 heures du matin. La nuit a été très agitée, mais un peu moins douloureuse. — Au réveil, les douleurs reparaissent. Dans la journée, le malade, qui a peur de s'affaiblir, prend deux ou trois gorgées de bouillon. Il n'y a toujours pas de garde-robes. Le soir, le pouls, qui a jusqu'à présent été calme, présente quelque fréquence (76), mais l'aspect du malade est satisfaisant, la langue n'est pas chargée, la température est

normale, et, bien que les souffrances persistent, elles sont moindres cependant, et le ventre est plus souple.

Il n'a été pris, depuis la prescription de la veille, que cinq paquets de calomel en tout. On continue les fomentations de pavot et de laudanum. Pour boisson, on donne l'infusion de camomille sucrée avec le sirop d'écorces d'oranges amères.

Le 15, la nuit a été mauvaise; les douleurs n'ont pas cessé. Mais, vers le matin, le sommeil est venu ; le ventre est moins tendu et moins dur. Il y a de l'appétence, qui se traduit par une demande de bouillon. Le malade se fait faire de la limonade glacée, et l'on remet des cataplasmes sur l'abdomen.

Dans la journée, quatre ou cinq garde-robes copieuses se produisent,—une véritable débâcle. Je trouve, à 5 h., le malade lisant son journal ; il cause gaiement et réclame un peu de viande rôtie.

Le lendemain, 16, les douleurs sont très supportables, et la journée se passe doucement.

Le 17, le malade mange avec appétit. Il a une garde-robe noire, et le soir, le pouls est un peu plus fréquent.

Le 18, tout est tranquille. Le malade demande à prendre un bain, et parle de sortir.

Le 19, à ma visite du matin, je vois M. K. levé ; il a bien dormi et se dispose à déjeuner comme tout le monde. Je le tiens pour guéri.

Il ne l'était pas cependant. Mais, avant d'aller plus loin, il peut être bon de résumer ce premier acte de la maladie. J'ai cru devoir charger cette observation de plus de détails qu'on ne le fait d'ordinaire, depuis ces dernières années, parce qu'il s'agissait d'expliquer les hésitations du diagnostic et, par suite, les tâtonnements de la thérapeutique mise en œuvre.

Donc, un homme, prédisposé héréditairement au rhumatisme, subit une première atteinte de la maladie aux approches de la cinquantaine et sous l'influence déprimante de chagrins sérieux. L'hydarthrose guérie, il vient à Aix. Là, après ‐ne marche forcée, par un temps humide, il séjourne, le corps ‐ant en sueur, dans une salle à manger au rez-de-chaussée, prend à peine quelques aliments, d'ailleurs indigestes. Le ‐ir de ce même jour, des douleurs très vives éclatent dans l'ap‐reil digestif. Elles persistent avec une violence telle et résis-

tent si bien aux remèdes énergiques et divers qui ont été employés, que le 4e jour, un médecin d'une grande expérience, à l'égard spécialement des affections rhumatismales, croit avoir affaire à un iléus.

Pendant deux jours encore, le diagnostic hésite entre l'occlusion intestinale et un abcès de la fosse iliaque, en raison d'un empâtement sensible au niveau de la valvule iléo-cœcale et de quelques frissons légers qui se sont montrés. Enfin, le 6e jour, la détente se fait après d'abondantes évacuations, ou en même temps qu'elles. Toutefois, les douleurs ne disparaissent pas complètement et les obscurités du diagnostic sont loin d'être dissipées. Il n'est pas rare, en effet, de voir les symptômes si redoutables de l'invagination intestinale, cesser tout d'un coup pour reparaître quelques jours plus tard. Avions-nous affaire à une simple rémission ? ou bien, l'obstacle qui s'opposait au cours des matières dans l'intestin, était-il définitivement surmonté ? De quelle nature était cet obstacle ? L'idée d'un valvulus devait être écartée,—car c'est en général à l'S iliaque que se produit cette lésion. Or, la libre pénétration des lavements d'une part ; l'évacuation de quelques matières et de gaz pendant les deux premiers jours ; l'absence de toute douleur à ce niveau, rendaient cette hypothèse inadmissible. Lorsque le valvulus n'occupe pas la portion descendante du côlon, c'est que des affections antérieures ont déterminé la formation de brides péritonéales autour desquelles se noue l'intestin, et ce n'était pas le cas, dans l'espèce. L'idée d'une invagination ne devait pas non plus être facilement acceptée ; le ballonnement du ventre avait été modéré ; l'urine n'avait été ni supprimée, ni même sensiblement diminuée à aucun moment de la crise ; rien de suspect n'avait été rendu dans les selles, et, enfin, remarque importante qui domine ce singulier syndrôme, les vomissements avaient manqué. Cette réserve faite, fallait-il songer à un cas d'iléus nerveux (passion iliaque vraie de Sydenham)? Mais cette affection spasmodique, dont l'existence fut si longtemps controversée, n'a jamais été observée que chez les femmes à tempérament hystérique,

(*A suivre.*)



REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

DES APPLICATIONS NOUVELLES DE LA THÉRAPEUTIQUE PENDANT L'ANNÉE 1884 (1).

Par le Dr CAMPARDON.

Messieurs,

La commission des Médicaments Nouveaux et des Applications nouvelles en thérapeutique composée de MM. Bouloumié, Brochin, Campardon, Champigny, Gillet de Grandmont, Duchesne, Jolly, Edouard Michel, Signol et Weber, nous ayant nommé son rapporteur pour l'année 1884, nous venons vous soumettre le travail qu'elle a bien voulu nous confier.

La grande quantité de documents que nous avons dû consulter, nous a obligé à arrêter notre rapport au 1er Décembre, un mois ne nous donnant qu'un temps à peine suffisant pour colliger, collationner ou recopier tous ces matériaux. Notre successeur aura donc dans le rapport de l'année prochaine, à recueillir ce qui aura paru pendant le mois de Décembre 1884.

Avant de commencer ce rapport, qu'il me soit permis de remercier notre Secrétaire général des facilités qu'il nous a données pour mener à bien ce travail, et notre collègue Duchesne, qui a ouvert la voie, et nous a si gracieusement offert son concours.

Absinthine. — Le docteur Fernand Roux donne, dans le Bulletin général de Thérapeutique du 30 Novembre, une étude très intéressante sur l'absinthine ; en voici les conclusions :

1° L'absinthine, principe amer de l'absinthe, obtenue par le procédé de Duquenel n'est pas toxique.

2° L'absinthine est un médicament utile dans les maladies suivantes : Chloro-anémie ; convalescence des maladies graves ayant altéré les fonctions digestives ; état d'anorexie sans lésions organiques du tube digestif.

3° L'absinthine est surtout indiquée lorsque, avec l'anorexie, il existe une constipation plus ou moins opiniâtre.

4° La dose la plus convenable est de 0,10 centigrammes dix minutes avant le repas deux fois par jour.

Aérothérapie.— L'aérothérapie n'ayant été employée jusqu'ici que sous forme de bains ou d'inhalations, notre jeune collègue Dupont a pensé que des douches d'air comprimé, utilisant la force mécanique de l'air comme agent de flagellation, et le froid produit à la détente

(1) Travail communiqué à la Société de Médecine pratique. Malgré son étendue nous publions cet important document dont tous les médecins apprécieront la valeur.

comme agent de réfrigération, pourraient être employées en thérapeutique : il a donc fait construire dans son établissement, un appareil pour donner des douches d'air.

L'énergique révulsion que produit ce nouvel agent thérapeutique sur la surface du corps, a suggéré à un de nous l'idée d'appliquer ce moyen au traitement du diabète sucré. Ce travail vous ayant été lu en séance, nous n'en dirons que deux mots : le premier effet des douches d'air est de diminuer la quantité du sucre contenu dans les urines, d'améliorer l'état général du malade, de réveiller l'appétit, de faire disparaître la soif, de ramener la miction à son état normal, de provoquer une excitation de la motilité ; ces phénomènes se remarquent dès la première semaine, et les effets acquis durent deux et même trois mois après la cessation des douches.

Nous avons donc là un moyen d'agir sur l'état général de l'organisme déprimé et affaibli, qui permettra d'attendre le moment favorable pour envoyer le malade à des eaux appropriées, mais le médicament curatif du diabète est encore à trouver.

Les douches d'air comprimé modifient très rapidement et améliorent cet état que l'on désigne en pathologie sous le nom de dilatation de l'estomac.

Les névralgies erratiques, la sciatique liée au diabète, disparaissent par l'emploi de ce même moyen. (*Bulletins et mémoires de la Société de Thérapeutique*, 25 Mars 1884.)

Agaricine.— L'agaricine, principe actif de l'Agaric, est une substance qui cristallise en longues aiguilles. Le Docteur Seifurt, de Würtzbourg, l'a administrée en pilules de 0,005 milligr., une ou deux chaque fois, contre la sueur des phthisiques et on a obtenu de bons effets. Le médicament n'agissant qu'au bout de 5 ou 6 heures, il sera donné 6 heures avant l'heure habituelle à laquelle apparaît la sueur. Si la sueur se présente deux fois pendant la nuit, on prendra une pilule 6 heures avant chaque accès. Ce médicament ne donne pas de diarrhée, et l'on remarque que la nuit où l'on prend de l'agaricine, la toux est moins fréquente et le sommeil plus tranquille.

Le Dr Seifurt emploie la solution suivante en injections hypodermiques.

R. Agaricine....................	0 gr. 05	centigrammes.
Alcool absolu.................	4 gr. 50	—
Glycérine....................	5 gr. 50	—

Une solution à un 1/2 pour cent; une seringue 5 heures avant l'heure habituelle de la sueur.

A l'intérieur en pilules :

R. Agaricine....................	0 gr. 50	centigrammes.
Poudre de Dower...............	7 gr. 50	
Poudre de guimauve..........	4 gr.	
Mucilage......................	4 gr.	

f. s. a. 100 pilules. Une ou deux pilules par jour.

Alstoma scholaris.— On a proposé le suc concret de cette plante comme succédané de la Gutta percha. (Voir Fleukiger, page 69, 70, 71, tome II.)

Aluminium. — Dans la tuberculose pulmonaire, le Docteur Pick prétend avoir détruit le bacille du tubercule, en administrant aux phthisiques, cinq à dix centigrammes d'aluminium par jour ; il emploie la formule suivante :

R. Aluminium métallique...........	1 gramme
Carbonate de chaux pulvérisé.....	5 gr.
Extr. de Taraxacum..............,	q. s.

Pour 60 pilules. — Une ou deux pilules, trois fois par jour.

Alun. — Le docteur Richard Richardson, pour arrêter l'hémorrhagie *post partum*, préconise l'emploi de l'alun : depuis 20 ans, il a employé l'alun de fer, en cristaux de la grosseur d'une noisette, qu'il introduit avec le doigt, au-dessus de l'orifice interne et qu'il maintient dans cette position.

Avant d'introduire les cristaux d'alun, il faut débarrasser l'utérus des caillots, ou débris de placenta qu'il pourrait contenir.

Sous l'influence de ce corps, l'utérus se contracte tout d'un coup, il se forme un caillot solide et l'hémorrhagie cesse.

La simplicité de ce procédé plaide en sa faveur ; il peut être, d'ailleurs, employé après échec des hémostatiques habituels.

Nous devons faire observer que cette précaution de « débarrasser, quand cela est possible, l'utérus des caillots ou des débris de placenta qu'il pourrait contenir, » suffit souvent pour arrêter les hémorrhagies sans qu'il soit besoin d'alun.

Anda-Assu (*huile d'*) genre Johanisia princeps.— Bel arbre de la classe des crotonées, famille des euphorbiacées (c'est le coco purgatif du Brésil), fruit à deux amandes renfermant la johanésine, principe actif formant deux sels, le sulfate et le chlorhydrate; d'action diurétique ; toxique à 1 gramme. L'huile d'Anda-Assu est fluide, sans odeur désagréable ; elle agit comme l'huile de ricin, mais à dose moindre: de 40 à 50 gouttes (Delpech).

L'écorce de cet arbre contient un jus laiteux qui est vénéneux, et qui sert à empoisonner les poissons.

Anémone pulsatille. — Le docteur Borcherin rapporte plus de vingt-quatre cas d'épididymite aiguë, tous en plein stade d'acuité, traités par la teinture d'anémone pulsatille, à la dose de 2 gouttes toutes les deux heures. Il ne tient pas ses malades au lit; le port seul d'un suspensoir est indispensable. Dans les trois premiers jours du traitement, le médicament manifeste son action favorable. Nous ne devons pas oublier que les anciens auteurs ne reconnaissaient aucune valeur médicale à la plante sèche.

Antipyrine.— Dans ces derniers temps, tous les journaux de méde-

cine qui nous arrivaient de l'étranger, ne parlaient que des puissantes propriétés antipyrétiques d'un nouveau médicament isolé par Knorr, de Munich, et expérimenté par Filehne, d'Erlangen. Les observations du professeur Marigliano, de Gênes, de son chef de clinique le Dr Ampiegani, de Franck, à Stuttgard, de May, à Cologne, du Dr Ernst, à Zurich, sont venues confirmer les observations du Dr Filehne, et nous allions vous parler de ce médicament d'après les traductions des journaux étrangers, lorsqu'un remarquable travail de notre confrère Huchard, paru dans les nos du 29 Novembre et du 6 Décembre, nous permit de vous donner des détails plus précis.

Ce médicament est un nouvel alcaloïde ; d'après Filehne, l'antipyrine est une diméthyloxyquinizine; ce corps est obtenu en chauffant la méthyloxyquinizine avec la phényldrazine. La méthyloxyquinizine aurait pour formule brute: $C^{20} H^{10} Az^2 O^2$. Elle se prépare en faisant réagir l'ether acétylacétique sur la phénylhydrazine, puis portant à 100°. L'antypirine, chauffée avec l'iodure de méthyle et l'alcool méthylique, donne un produit diméthylé, la diantipyrine, qui diffère de l'antipyrine par sa moindre solubilité (*Moniteur scientifique*, Dr Quenesville). Ce corps se présente sous forme d'une poudre blanche cristalline, très soluble dans l'eau (1 partie d'antipyrine pour 3 d'eau), d'une odeur faible, d'un goût légèrement amer, facile à dissimuler par un peu d'eau aromatique ou de vin.

Les principales réactions sont :

Avec le perchlorure de fer : Coloration rouge vin de Porto, très caractéristique : cette réaction est très sensible.

Avec le tannin : précipité blanc grisâtre, abondant.

Avec l'iodure de potassium: précipité rouge très abondant; extrêmement sensible.

Avec le chlorure de platine : précipité jaune.

Avec l'acide picrique : précipité jaune.

Avec le nitrate de mercure : coloration rose à chaud.

Voici le résumé des conclusions du travail du Dr Huchard.

1° L'antipyrine constitue un moyen puissant et sûr, d'abaisser la température dans presque toutes les maladies fébriles (fièvre typhoïde, phthisie pulmonaire, pneumonie, pleurésie, rhumatisme articulaire aigu et rhumatisme cérébral, angiocholite, érysipèle, diphthérie, fièvre puerpérale, scarlatine, abcès, phlegmons, rougeole.

Elle atténue les symptômes qui sont sous la dépendance de l'élévation thermique (accélération du pouls, de la respiration, sécheresse de la bouche, etc.), mais elle ne paraît pas avoir d'action directe sur la respiration ni sur la circulation.

2° L'antipyrine est un antipyrétique et non un antipériodique, d'où son inefficacité, dans les fièvres intermittentes, pour prévenir les accès.

3° Son administration n'expose qu'à des accidents légers et inconstants (sueurs légères, constriction pharyngée, quelques nausées ou vomissements parfois, et dans quelques cas rares, production d'exanthè-

mes rubéoliques ou scarlitiniformes (Dr Ernst) ; peu de tendance au collapsus, pas d'ivresse comme après l'administration des préparations quiniques ou salicyliques.

4° Des observations nombreuses démontrent que l'antipyrine constitue le moyen le plus puissant et jusqu'ici le *seul moyen connu, d'abaisser, efficacement et sûrement, la température des tuberculeux.*

Chez les phthisiques, en raison de son action sûre, et pour éviter les accidents provoqués par l'hypothermie, il convient de s'adresser aux doses faibles (de 2 à 4 grammes). Le soir deux grammes, au moment de la fièvre, abaisseront d'un demi-degré une 1/2 heure après l'administration ; la température diminuera progressivement, en une heure 1/2, deux heures, jusqu'à la normale.

Il est quelquefois nécessaire de prescrire, une ou deux heures après, une nouvelle dose de un à deux grammes.

5° Les effets antithermiques se maintiennent ordinairement pendant six à neuf heures, et se font sentir parfois les jours suivants, pendant lesquels la température n'atteint pas son chiffre primitif.

L'ascension secondaire de la température se fait progressivement, suivant en cela la marche de la défervescence ; elle n'est pas brusque comme avec la kairine, et ne s'accompagne jamais, comme pour cette dernière substance, d'un frisson plus ou moins prolongé.

6° L'antipyrine s'élimine par les urines où l'on reconnaît sa présence pendant une durée de 36 à 48 heures. Quelques gouttes de perchlorure font immédiatement naître dans l'urine, une coloration rouge très caractéristique.

7° Filehne, Guttmann, Gerhard, May, Alexander, Kussmaul et Cahn, Ernst, Masius et Snyers, disent que, dans la fièvre typhoïde, il est nécessaire d'arriver aux doses de 5 à 6 grammes par jour (2 grammes à une heure de distance, et 1 ou 2 grammes à la troisième heure). Sous l'influence de ces doses, l'abaissement de la température est au minimum de 0,4 et au maximum de 2° dès la première heure ; il continue, dans les mêmes proportions, jusqu'à la septième ou huitième heure. Souvent à la cinquième ou sixième heure, la température remonte de 1° environ, pendant une heure, pour reprendre ensuite la marche régulièrement descendante (P. Snyers, de Liège).

Cette légère ascension dans la période d'apyrexie, a été notée par Huchard, pendant l'action de l'antipyrine sur la fièvre des phthisiques.

8° Dans la fièvre typhoïde, les doses de 6 à 8 grammes sont exagérées, puisqu'elles aboutissent à l'hypothermie. Snyers a vu 9 fois, sept ou huit heures après l'administration du médicament, la température inférieure à 36° ; 10 fois au-dessous de 35°, 4 fois au-dessous de 34°, 1 fois à 33°.

Le Dr Dujardin-Beaumetz signale les sueurs profuses que ce médicament détermine chez les phthisiques, tout en reconnaissant le calme qu'il procure, une fois cette crise passée, chez ces malheureux malades.

Dans une seconde communication faite à la Société de Thérapeutique,

le Dr Huchard signale les propriétés hémostatiques de l'antipyrine.

Le Dr Pibram, de Prague, reconnait à ce médicament les propriétés préconisées par les observateurs précités ; établissant ses vertus antithermiques, il signale sa supériorité dans les affections où la quinine n'a aucune action sur l'hyperthermie ; il constate sa solubilité dans l'eau, la possibilité de l'administrer par voie rectale. Selon lui, la persistance de ses effets, l'absence de frisson et de collapsus, la rendent supérieure à la kairine.

Il est à regretter que les médecins français aient éprouvé tant de difficulté à se procurer ce médicament, alors que toute la presse de l'Allemagne, de la Hollande, de la Suisse, de l'Italie, retentissait du succès obtenu par l'antipyrine; ce n'est pour ainsi dire que par contrebande que nos confrères ont réussi à s'en procurer pour leurs expériences et encore plusieurs en ont-ils manqué pour continuer leurs études.

Antiseptiques.— Sous le titre de : « Résistance des bactéries aux antiseptiques », le Dr P. Miquel a donné dans sa thèse inaugurale, un tableau dans lequel, à côté de la désignation des corps chimiques mis en expérience, il précise les poids en grammes ou fractions de grammes, des substances capables de rendre imputrescible un litre de bouillon de bœuf.

Bi-iodure de mercure	0 gr.	025	mill.
Iodure d'argent	0	03	cent.
Eau oxygénée	0	05	—
Nitrate d'argent	0	08	—
Acide chrômique	0	20	—
Iode	0	25	—
Chlore	0	25	—
Brôme	0	60	—
Sulfate de cuivre	0	90	—
Acide salicylique	1	00	—
Acide benzoïque	1	10	—
Acide picrique	1	30	—
Gaz ammoniac	1	40	—
Acide thymique	2	00	
Chlorure de plomb, de cobalt, de nickel	2	10	—
Huile essentielle d'amandes amères	3	00	—
Acide phénique	3	20	—
Permanganate de potasse	3	50	—
Sulfate de fer	11	00	—
Glycérine officinale	225	00	—
Etc.			

La lecture de ce tableau, qui a été publié dans le n° du 30 Août 1883 de la *Semaine médicale,* porte avec elle de précieux enseignements que le Dr P. Miquel a très bien su faire ressortir dans son article.

Antiseptiques dans la diphthérie. — M. Renou préfère porisation des médicaments antiseptiques, tant pour modifier topiquement les surfaces malades, que pour en obtenir les effets généraux ultérieurs de l'absorption. Il emploie les vapeurs d'acide phénique, d'acide salicylique, d'acide benzoïque.

On installe le malade dans une chambre convenablement et régulièrement aérée sans être trop vaste, chauffée entre 20 et 25°, en évitant tout encombrement. On obtient la vaporisation par un ou deux petits fourneaux à pétrole en usage dans les cuisines ; sur ce fourneau, qui donne une source considérable de chaleur, on place un vase d'une contenance de un à deux litres d'eau. L'appareil est placé près du lit, et la vapeur concentrée sur le malade par un rideau entourant le fourneau et la tête du lit.

Voici la formule du Dr Renou :

Acide phénique............	280	grammes.
Acide salicylique...........	56	—
Acide benzoïque............	112	—
Alcool rectifié....	468	—

Toutes les trois heures, dans les deux litres d'eau en ébullition sur le fourneau, on verse une cuillerée à bouche ou un verre à liqueur de cette solution qui représente : acide phénique 5 grammes, acide benzoïque 2 grammes, acide salicylique 1 gramme; et, pour 24 heures, une vaporisation de 40 grammes d'acide phénique, 16 d'acide benzoïque et 8 d'acide salicylique.

Apocynum cannabium. — Croît dans l'Amérique du Nord, depuis la Caroline, jusqu'à la baie d'Hudson. On la désigne sous le nom de chanvre du Canada.

Sa racine est employée aux Etats-Unis sous forme de décoction, comme diurétique et diaphorétique, contre l'hydropisie. A haute dose, elle agit comme éméto-catarthique.

MM. Schmiedeberyet et Lavater en ont retiré deux substances rentrant dans la catégorie des médicaments cardiaques, et qu'ils désignent sous le nom d'*Apocynine* et d'*Apocynéine*.

L'apocynine, à petite dose, produit l'arrêt du cœur en systole chez les grenouilles.

L'apocynéine est comparable à la digitaline, tant au point de vue de ses propriétés chimiques, qu'au point de vue de son action physiologique. (*Lancet.*)

Arsenic. — Contre le lymphadenôme ou lymphôme du cou, M. Terrillon, après avoir constaté que les malades qui avaient été opérés, et dont on avait enlevé la tumeur, étaient morts en quelques semaines, par généralisation, enseigne que le traitement médical a donné des résultats merveilleux, et conseille d'administrer l'arsenic à l'intérieur.

Il donne la liqueur de Fowler pure ou associée avec la teinture de Baumé et recommande d'avoir recours aux fortes doses. Commencez,

dit-il, par dix gouttes et arrivez bientôt, c'est-à-dire en une semaine, à 18 ou 20 gouttes avant le repas et faites reposer vos malades tous les quinze jours ; de cette façon, vous verrez certainement fondre ces tumeurs si inquiétantes, et dont l'ablation a toujours été suivie d'un fâcheux résultat.

Le professeur Verneuil préconise quelques gouttes par jour d'une huile phosphorée ainsi composée :

Huile d'amandes douces......	30	grammes.
Phosphore..................	1	—

Les injections interstitielles de teinture d'iode ont été recommandées par Luton de Reims. On a injecté aussi la liqueur de Fowler à la dose de cinq à dix gouttes ; on a eu quelquefois de la suppuration, mais souvent aussi la disparition de la tumeur. Cette liqueur, donnée à l'intérieur, réussit aussi bien, sans que, dans ce cas, on ait à craindre la suppuration.

Atropine. — Le Dr Gentilhomme, de Reims, a conseillé le sulfate d'atropine à la dose d'une pilule de un quart à un demi-milligramme par jour, contre le coryza invétéré, et même le coryza aigu ; les succès auraient été très rapides. Nous devons dire que nous avons vu ce moyen échouer plusieurs fois entre nos mains.

Aya Pana. — Eupatorium aya pana : feuilles d'un jaune fauve. Plante originaire du Brésil, d'odeur agréable. Propriétés analogues à celle du thé infusé : 10 à 20 grammes pour 1,000 grammes d'eau bouillante. Diaphorétique.

Azote. — L'azote en inhalations produit :

1° Une diminution de la dyspnée ; la respiration est plus forte, plus profonde ;

2° La suppression des sueurs nocturnes, dès la deuxième ou troisième séance ;

3° La disparition très rapide de la matité due à l'infiltration tuberculeuse des sommets, matité qui disparaît quelquefois après quinze jours de traitement, d'après les observations de Mermagen ;

4° Un effet soporifique tel que plusieurs des malades s'endorment pendant l'inhalation ;

5° L'augmentation de l'appétit ; la digestion se fait mieux.

6° La disparition de la diarrhée coliquative. On doit mêler 2 à 7 pour 100 d'azote à l'air atmosphérique. (Docteur Sieffermann, *Gazette de Strasbourg*.)

Baroba. — Les feuilles de baroba du Brésil ont été utilisées par Camille Weber, de Leipzig ; son extrait se trouve aujourd'hui dans la pharmacopée française ; ces préparations ont été employées par Edson dans les formes invétérées de syphilis secondaire, 15 à 60 gouttes d'extrait liquide par jour.

Antisyphilitique, tonique, altérant de grande valeur. (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

Bela. — Fruit demi-mûr et desséché de l'œgle marmelos (aurantiacées), désigné souvent sous le nom de coing du Bengale.

Ce fruit est une baie de la dimension d'une grosse orange, à peu près sphérique, mais aplatie aux extrémités ; il est couvert d'une écorce ferme, et est formé de 10 à 15 cellules contenant, outre les graines, un mucilage excessivement tenace, qui, desséché, est dur et transparent.

Ce fruit est très astringent au goût, et la pulpe devient mucilagineuse au contact de l'eau ; ses propriétés astringentes le rendent utile dans les diarrhées, les dysenteries, l'atonie de la muqueuse intestinale ; il guérit sans occasionner la constipation.

Dans les Indes anglaises on emploie une décoction préparée en faisant bouillir deux onces (64 grammes) de fruit desséché dans 16 onces d'eau (600 grammes), jusqu'à réduction de 4 onces (125 grammes) ; on l'administre à la dose d'une à deux onces toutes les deux ou trois heures.

La pharmacopée britannique formule un extrait fluide : dose de 4 à 8 grammes.

Boissons rafraîchissantes.—Le Dr Dujardin-Beaumetz donne, d'après le Dr Malter, la formule suivante d'une boisson saine et économique :

Eau bouillante................ ..	100 litres.
Racine de gentiane concassée....	200 grammes.
Feuilles de menthe..............	200 —

Faites infuser pendant une demi-heure, filtrez à la chausse et ajoutez :

Glycyrrhizate d'ammoniaque......	30 grammes.
Acide citrique....................	40 —

Cette boisson revient à 2 francs les 100 litres.

Plus simplement, on peut recourir à la formule :

Eau chaude.....................	100 litres.
Quassine cristallisée............	0 gramme 10 cent.
Sucre..........................	30 grammes.
Essence de menthe..............	100 gouttes.
Glycyrrhizate d'ammoniaque.....	50 grammes.
Acite nitrique..................	50 —

Si l'on veut n'en préparer qu'un litre, on ajoutera à l'eau 1 gramme 50 centigramme du mélange des diverses substances.

Notre excellent collègue Duchesne constate, que pour supprimer la sensation pénible de la soif, il suffit de prendre dans la journée 3 cuillerées à café de la solution suivante, dans un peu de vin ou de tisane amère:

R. Eau distillée....................	100 grammes.
Phosphate de potasse............	4 —

Votre rapporteur, depuis de longues années, conseille pour faire dis-

paraître la soif, de mâcher des petits copeaux de quassia amara ; on évite ainsi la diarrhée résultant de l'abus de boissons, et on excite l'appétit.

Borate de quinine amorphe. — Le borate de quinine se présente, sous forme de poudre presque cristalline, de couleur jaune d'ambre, d'odeur peu prononcée, non désagréable, de goût amer, mais moins que le chlorhydrate de quinine. Il se dissout dans partie à peu près égale d'eau.

Il se donne aux hôpitaux de Bonn par doses de 0,50 centigr. à 1 gramme, répétées toutes les demi-heures, ou toutes les heures, de façon à en faire prendre au maximum 3 grammes en deux à quatre heures. Ce sel pourrait être donné en injections hypodermiques.

L'absorption quotidienne de 0,50 cent. à 1 gramme pendant des semaines, ne provoque jamais le moindre phénomène fâcheux sur aucune partie du tube digestif; elle abaisse lentement et graduellement la température.

Cette préparation rappelle donc l'action des autres préparations de quinine. (*Feukler et Prior*. *Deuts. medic Wochensch.*, 1884.)

Borax.— Le Dr Cyon, dans une note lue à l'Académie des Sciences par M. Vulpian, signale à nouveau les propriétés désinfectantes du borax pris à l'intérieur.

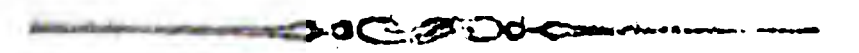
« Pris à raison de 5 à 6 grammes par jour, le borax, non seulement « aura une action directe sur les microbes contenus dans le canal « intestinal, mais, passant dans le sang, il pourra encore atteindre « les baciles, qui y auraient pénétré. L'action constipante du biborate « de soude n'est, en temps de choléra, qu'une indication de plus. »

On devra donc laver avec une solution de borax ou d'acide borique, toutes les muqueuses extérieures, et mêler à la nourriture ou à la boisson, 6 grammes de borax par 24 heures.

Boroglycérine. — Hartridge préconise cette substance non seulement comme topique antiseptique dans l'ophtalmie purulente, mais aussi comme liquide désinfectant pour laver les instruments dans les opérations à pratiquer sur les yeux. La solution dont il fait usage est au dixième ; une instillation chaque jour entre les paupières. De plus, on les lotionne avec une solution au quarantième. — Cette substance est sans odeur et se dissout facilement dans l'eau. (*Lancet*, Février 1883.)

Cet agent antiseptique a été trouvé et préconisé par un de nos anciens présidents, le Dr Le Bon.

(*A suivre.*)



REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

—

Traité pratique des maladies des organes sexuels, par le Dr LANGLEBERT, in-12 de 576 pages, avec 25 figures dans le texte. Paris O. Doin, éd., 1885.— Condenser en un tableau méthodique et complet la pathologie des organes sexuels, montrer l'état actuel de la science, par-dessus tout faire un ouvrage essentiellement pratique, tel est le triple but que le Dr Langlebert s'est posé et a atteint dans le traité qui vient de paraître à la librairie Doin.

M. le docteur Langlebert étudie d'abord la blennorrhagie aiguë et ses nombreuses complications, la blennorrhagie chronique ou blennorrhée et à ce sujet il s'étend longuement et minutieusement sur les divers traitements qu'il passe en revue et apprécie chacun à sa juste valeur. A propos du procédé des instillations uréthrales imaginé par le professeur Guyon, il décrit et fait connaître l'usage du porte-topique uréthral flexible qu'il a inventé et qui permet de réaliser tous les avantages des instillations sans avoir à subir aucun de leurs inconvénients.

Les complications de la blennorrhagie sont successivement étudiées ; quant à la question pathogénique de ces manifestations, pour lui il n'existe pas de *virus* blennorrhagique, car, sans cela, dit-il, ces manifestations spéciales (artropathies par exemple) seraient la règle au lieu d'être l'exception ; aussi admet-il que les arthropathies ne surviennent que chez des malades naturellement prédisposés à l'arthrite et que la blennorrhagie ne joue chez eux que le rôle d'excitant, de circonstance occasionnelle permettant à la diathèse, jusque-là latente, de pouvoir se manifester extérieurement.

Les chapitres consacrés aux rétrécissements de l'urèthre et toutes les maladies qui en dérivent (rétention, infiltration d'urine, fistules, etc.), sont très complets au point de vue du traitement et peuvent servir de guide au praticien. On y trouve très clairement exposées les diverses méthodes de dilatation : dilatation temporaire, dilatation médiate progressive faite avec les bougies imaginées par le Dr Ed. Langlebert ; la dilatation rapide ou immédiate progressive (procédé du professeur Le Fort et les modifications qu'il a apportées aux bougies conductrices et aux cathéters). Enfin, après avoir étudié l'uréthrotomie interne, il conclut que la dilatation lente ou rapide doit être considérée comme la méthode à peu près exclusive de traitement des rétrécissements, que l'uréthrotomie interne ne doit être qu'une méthode d'exception et l'uréthrotomie externe une dernière ressource dans certains cas désespérés.

Les diverses affections du gland et du pénis, les chancres et les bubons, les maladies du testicule et de ses enveloppes, enfin l'impuissance et les pertes séminales sont l'objet d'autant de chapitres. Les 2 derniers sont consacrés à la description et

au traitement de quelques maladies des femmes (la blennorrhagie, la vulvite, l'uréthrite, la vaginite, la métrite blennorrhagique, et enfin la leucorrhée).

La pathologie de chaque organe est précédée d'une étude succincte sur l'anatomie et la physiologie de cet organe.

Chaque maladie est étudiée surtout au point de vue étiologique, clinique et thérapeutique.

Quand il s'agit d'une opération, M. Langlebert expose avec clarté le manuel opératoire; il décrit minutieusement les soins préliminaires et les soins consécutifs. Il s'étend avec raison sur les procédés dont son expérience personnelle et celle de son père lui ont montré la valeur, procédés qui acquièrent une importance particulière en chirurgie des voies urinaires.

Sur toutes les questions il s'est attaché à reproduire aussi fidèlement que possible l'état actuel de la science, et il a donné aux progrès les plus récents, surtout en fait de traitement, la place à laquelle ils ont droit.

En somme, le livre du Dr Langlebert est un livre clair, précis, très élémentaire. Mais ce n'est pas pourtant un simple exposé didactique des maladies des organes sexuels, c'est une œuvre souvent originale, fondée sur une riche observation personnelle.

L. B.

FORMULAIRE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

—

Action du chlorhydrate de cocaïne sur l'œil.

Plusieurs fois nous avons eu l'occasion de reproduire des formules sur l'emploi de la cocaïne sur l'œil. Nous enregistrons la solution que propose M. Gustave Hortridge. L'auteur se sert d'une solution de cet alcaloïde au titre de 4 pour 100, pour obtenir l'anesthésie de l'œil dans les cas suivants : cinq cas de corps étrangers de la cornée, dix cas d'ulcérations de la cornée avec photophobie intense, deux cas d'abrasion de la cornée, une cataracte, une iridectomie, une discision de la capsule du cristallin, une opération d'entropion et une cathétésime du canal nasal. Comme on le voit, le chlorhydrate de cocaïne a une valeur considérable comme agent d'anesthésie locale. Comment n'en pas connaître l'histoire ? Un jour nous donnerons son mode d'extraction.

—

L'antipyrine, son action thérapeutique.

La science vient d'enrichir la thérapeutique d'un nouveau médicament, l'antipyrine. C'est un antipyrétique et non un antipériodique. M. Henri Huchard dit que cette substance jouit de la propriété d'abaisser la température dans presque toutes les maladies fébriles : fièvre typhoïde, phthisie pulmonaire, pneumonie, pleurésie, rhumatisme articulaire aigu et rhumatisme cérébral, angiocho-

lite, érysipèle, diphthérie, fièvre puerpérale, scarlatine, abcès phlegmonieux. Elle atténue les symptômes qui sont sous la dépendance de l'élévation thermique (accroissement du pouls et de la respiration, la sécheresse de la bouche. Son administration n'expose qu'à des accidents légers et inconstants, sueurs légères, constrictions pharyngées, et dans quelques cas relativement rares, production d'exanthèmes rubéoliformes ou scarlatiniformes.

L'antipyrine s'administre à la dose de deux grammes le soir, principalement au moment de la fièvre. Cette substance est éliminée par les urines; quelques gouttes de perchlorure versées dans cette urine en donnent la preuve ; elle prend une couleur rouge.

—

Crayons contre les engelures.

Camphre...............	5 gr.
Iode.....................	10 gr.
Huile d'olives..........	200 gr
Paraffine...............	90 gr.
Alcool............... ..	q. s.

On fait dissoudre le camphre dans l'huile d'olives et l'iode dans la plus petite quantité possible d'alcool ; on ajoute les liquides mélangés à la paraffine fondue et on coule le tout dans des moules analogues à ceux des « *crayons-migraine* »; les crayons sont délivrés dans des étuis en bois. On peut donner à ce mélange une consistance plus ou moins ferme par addition ou diminution d'huile d'olives.

(*Pharmac. Centralhalle*, XXV, 1884, 614.) M. BOYMOND.

—

Sur l'adonidine.

Le glucoside, découvert par Cervello dans l'*adonis vernalis*, est amorphe, sans goût, soluble dans l'eau et l'éther. Il possède une action analogue à celle de la digitale et notamment il active la diurèse. La posologie de ce médicament n'est pas encore bien établie.

L'infusion d'adonis vernalis se fait à la dose de 4 à 8 grammes pour 200 grammes d'eau. On n'a pas encore trouvé de correctif pour dissimuler le goût de ce médicament. (*Pharm. Zeitschrif für Russland* XXIII, 1884, 797.)

Stanislas MARTIN.

VARIÉTÉS

—

BANQUET ANNUEL DE L'INTERNAT. — Le Banquet annuel des Internes en médecine des hôpitaux de Paris, aura lieu le Samedi 11 Avril à sept heures et demie, dans les salons du *Grand-Hôtel* sous la présidence du Professeur Brouardel.

Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice, pourra être versé dans les hôpitaux entre les mains de l'Interne en médecine *économe* de la salle de garde, ou bien remis directement à l'un des commissaires du Banquet MM. PIOGEY, 23, rue Saint-Georges, BOTTENTUIT, 56, rue de Londres, et Émile TILLOT, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

Le congrès médical international de 1887. — Ont été choisis comme présidents du prochain congrès qui se réunira aux Etats-Unis: Dr Austin Flint, de New-York *président*; Alfred Stillé, de Philadelphie; Henry Bodwitch, de Boston; Howard, de Montréal, *vice-présidents*; John Billings, *secrétaire général*; J Browne, *trésorier*; Minis Hays, de Philadelphie, Jacobi, de New-York, Christopher Johnston, de Baltimore; S.-C. Bussey, de Washington, *membres du comité des travaux et des fêtes*.

— École de médecine de Marseille. — M. le docteur Boinet est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes.

— M. le docteur Deschamps a été élu conseiller municipal de Paris pour le quartier de la Sorbonne.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Georges Camuset, dont les lecteurs du Journal ont pu apprécier dans ces dernières années le gracieux talent poétique.



REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 mars 1885. — Présidence de M. J. Bergeron.

Sur l'antisepsie. — M. Alph. Guérin. La communication faite par M. Verneuil à l'Académie tend à prouver que, grâce aux pansements antiseptiques, l'érysipèle est devenu beaucoup moins commun et moins grave. Oui, la méthode antiseptique met à l'abri, mais seulement à l'abri de l'infection purulente.

M. A. Guérin rappelle le principe de son pansement. Pour un membre, dans un cas ordinaire, il faut mettre non pas une bande, mais douze ou quinze, ou même davantage. Les premières bandes ne doivent pas être serrées, pour ne pas jouer le rôle de corde ; ensuite, au contraire, on ne s'arrête que lorsqu'on ne peut plus serrer davantage.

M. Guérin est persuadé que son pansement empêche absolument l'érysipèle. Il s'oppose complètement à l'entrée des microbes dans l'économie. Il est indispensable de surveiller les blessés avec le plus grand soin. On reprochera peut-être à M. Guérin de manquer de confiance dans ses aides. Quant il eut l'honneur de donner des soins au pape Pie IX, celui-ci lui dit un jour : En Italie, ce que nous faisons nous-mêmes, nous disons que nous le faisons comme trois. Eh bien, de même, un chirurgien qui panse lui-même ses malades les panse comme quatre.

M. Polaillon. Depuis sept ans, que j'exerce à la Pitié, toutes les plaies, accidentelles ou opératoires, sont soigneusement lavées avec une solution phéniquée à 5 pour 100. Si la plaie suppure et doit rester ouverte elle est pansée avec les compresses en gaze imbibées de la même solution. Si la plaie est susceptible de s'affronter, elle est suturée, drainée et recouverte d'un pansement de Lister complet. Les plaies cavi-

taires, les foyers des abcès sont lavés avec la même solution phéniquée, à 5 pour 100, dont je ne varie jamais le titre. Survient-il des signes de résorption carbolique, survient-il cette irritation érythémateuse, qu'on a souvent confondue avec l'érysipèle, je remplace la solution phéniquée par une solution d'acide borique, par une solution de chlorure de zinc ou par de l'eau-de-vie camphrée. Je n'ai aucune expérience sur les solutions de sublimé, que je n'ai pas mises en usage jusqu'à ce jour. Mes pansements sont renouvelés aussi rarement que possible, et toujours sous le spray phéniqué ou sous une couche de liquide antiseptique porté sur la plaie soit par le jet d'un appareil laveur, soit par des tampons de coton hydrophile. Si j'ajoute que les plaies contuses des extrémités des membres sont presque toujours pansées d'après la méthode de M. A. Guérin, et que tous mes pansements avec le Lister ou simplement avec la gaze phéniquée sont complètement enveloppés de ouate, j'aurai donné une idée sommaire de la manière que j'ai adoptée pour le traitement des plaies.

De l'antisepsie en chirurgie oculaire. — M. Panas. L'antiseptie générale conviendrait peu à l'œil, c'est pourquoi la plupart des oculistes sont restés longtemps réfractaires aux paneements antiseptiques. Les opérations sur les yeux amènent moins souvent que les autres des suppurations et de la gangrène. Il fallait chercher des agents autres que l'acide phénique, moins irritants pour l'œil.

Très partisan du pansement de Lister, M. Panas a cependant de bonne heure rejeté le spray. Les culs-de-sac de la conjonctive ne pouvaient, en effet, être désinfectés par ce moyen. Il faut faire un nettoyage complet en plaçant d'abord le blépharostat pour écarter les paupières du globe de l'œil et en faisant passer dans les culs-de-sac un courant de liquide antiseptique.

Dans le même but, il est indispensable de guérir d'abord les maladies des paupières et des voies lacrymales avant de faire sur l'œil une opération comme la cataracte.

Il faut désinfecter également les instruments et tous les objets de pansement.

L'acide phénique doit être rejeté dans toutes les opérations oculaires, mais le pansement de Lister doit être conservé dans les blépharoplasties. M. Panas s'est longtemps servi de solution d'acide borique et d'acide salicylique ; mais il les a abandonnées depuis plus d'un an ; l'acide borique n'est pas suffisamment désinfectant et l'acide salicylique est trop douloureux. Les sels de mercure ont des avantages : leur absence d'influence sur les intruments et leur prix modique. M. Panas emploie actuellement le perchlorure de mercure à 1/10000 et le biiodure à 1/25000.

L'incorporation de ces deux sels dans la vaseline ne donne pas de résultats satisfaisants. M. Panas se propose d'essayer le benzoate de mercure, qui est soluble dans l'huile d'amandes douces, mais dont il ignore le pouvoir antiseptique.

Avec ces pansements l'érysipèle a complétement disparu des salles de

M. Panas. On observe généralement des réunions immédiates, ou du moins très hâtives.

Sarcome fasciculé intra-laryngien. Trachéotomie préventive par M. Cadier. Extirpation du larynx. — M. Labbé. M. Cadier avait diagnostiqué depuis quelque temps déjà une tumeur de la bande ventriculaire (corde vocale supérieure) gauche et avait proposé au malade de lui faire d'abord une trachéotomie préventive, puis de lui extirper la tumeur par les voies habituelles. Le malade, très hésitant pendant longtemps, se décida cependant à subir le 20 janvier dernier la trachéotomie. Mais la tumeur continua à augmenter rapidement et M. Cadier dut prévenir la famille que l'extraction de la tumeur ne pourrait plus se faire par les voies naturelles.

M. Labbé vit le malade avec M. Cadier, le 28 février. Le malade avait de fréquents accès de suffocation et une dysphagie intense : le 11 mars, il était menacé de mourir d'inanition, M. Labbé proposa l'ablation du larynx qui fut pratiquée le 12 mars. M. Labbé décrit avec soin le manuel opératoire. Il fit une incision verticale allant de l'os hyroïde à la fourchette du sternum, puis une incision transversale, passant au niveau de l'extrémité supérieure de la première et allant jusqu'aux muscles sterno-cleido-mastoïdiens.

Une sonde œsophagienne est introduite par la plaie directement dans l'orifice supérieur de l'œsophage.

Aujourd'hui, la plaie offre dans toute son étendue l'aspect le plus satisfaisant. Le malade s'alimente abondamment et son état général n'offre rien à désirer.

Reste pour l'avenir à songer à l'application d'un larynx artificiel.

La tumeur, examinée par M. Rémy, était un sarcome fasciculé.

La première idée de l'extirpation du larynx se trouve dans une thèse de Strasbourg, faite sous l'inspiration de M. Kœberlé. Mais la première extirpation fut faite par M. Billroth. L'opération de M. Labbé est la première qui ait été pratiquée en France.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 *mars* 1885. — Présidence de M. Duplay.

Étude expérimentale sur la position de corps allongés dans la vessie, par M. Henriet. — **Rapport.** — M. Monod. Les expériences de M. Henriet ont montré que les corps étrangers ronds et allongés occupent une position à peu près fixe, qu'ils s'accommodent, en un mot. Elles montrent que le diamètre transversal de la vessie, quand elle est vide, persiste seul ; il augmente peu, en revanche, quand la vessie se distend. C'est au niveau du col que le diamètre transversal est le plus étendu quand la vessie est vide.

Les corps étrangers quand la vessie est pleine prennent une position indifférente. Quand la vessie est vide, ils tendent à se placer transversalement, et ils se placent d'autant plus près du col qu'ils sont moins bien tolérés. Cela est vrai pour les corps étrangers de 6 à 7 centimètres. Ceux qui sont plus longs prennent un position oblique.

Il résulte de là que pour les extraire il y aura avantage à ne distendre la vessie que d'une façon modérée, comme l'a montré M. Guyon.

Le redressement des corps allongés est difficile, parce qu'on les prend facilement par leur milieu.

Le rapporteur ne veut pas insister sur les différents instruments employés pour ces extractions de corps étrangers ; il insiste seulement sur une manœuvre recommandée depuis longtemps par M. Guyon, et qui consiste à mettre le corps étranger en bonne position dans les mors du lithotriteur, en introduisant un doigt dans le vagin ou le rectum.

En terminant, le rapporteur fait ressortir la vérité de la proposition suivante émise par M. Guyon : Les corps étrangers obéissent plutôt aux lois physiologiques de la contraction vésicale qu'aux lois de la pesanteur.

Civiale avait déjà indiqué que les corps étrangers ont une tendance à se placer transversalement dans la vessie ; mais il manquait une preuve scientifique que M. Henriet a fournie.

M. Terrillon. En 1876, un homme de 38 ans s'était introduit dans l'urèthre un petit crayon dont une extrémité était pointue. Je me servis d'un instrument mis à ma disposition par M. Mathieu. Je cassai le crayon en deux et je le retirai par fragments ; je m'applaudissais du résultat de mon opération, quand le malade fut pris le jour même de l'opération d'accidents sérieux et mourut deux jours après. A l'autopsie on voyait sur le bas-fond de la vessie une empreinte bien marquée correspondant à la tête du crayon. Du côté de la pointe s'était faite une ulcération. Cette pointe avait perforé la vessie ; il s'était développé un phlegmon diffus sous-péritonéal par suite de l'irruption de l'urine dans le tissu cellulaire.

M. Gillette a observé à Tenon un malalade qui s'était introduit dans le canal, pour se soulager, dit-il, des nervures de feuilles. Quelques-unes se sont brisées et sont entrées dans la vessie : il en est résulté un calcul. Il essayé de saisir ce calcul avec le lithotriteur, sans y réussir. Il a fait la taille hypogastrique et a trouvé un calcul phosphatique contenu dans la vessie, développé autour de ces nervures.

Incisions exploratrices dans les tumeurs de l'abdomen. — M. Terrillon. Le but de M. Terrillon était de savoir si les incisions exploratrices étaient susceptibles de fournir de bons résultats et si elles ne sont pas dangereuses. Trois opérations ont servi de base à son travail.

Ces trois observations montrent que le diagnostic ne peut être fait qu'après l'incision exploratrice.

Un grand nombre de chirurgiens anglais et américains ont surout fait cette opération ; les chirurgiens allemands l'ont faite moins ouvent.

M. Terrillon a réuni 179 cas, qui donnent : 140 guérisons, 39 norts, soit 79 % guérisons.

Cette statistique serait modifiée si on y joignait les statistiques e Lawson Tait et d'Oldshausen.

La mort peut survenir très promptement, après quelques heures ou quelques jours.

La mortalité a été d'autant plus grande que les cas étaient plus graves ou plus malins.

L'incision est relativement bénigne dans les tumeurs bénignes.

L'incision exploratrice est le premier acte dans la laparatomie, la cholé-cystotomie, le cancer du pylore.

L'incision exploratrice doit avoir un but unique : éclairer le diagnostic ; c'est le premier acte d'une laparotomie, quel qu'en soit le but.

Il ne faut pas la faire dans les cas d'un diagnostic douteux, mais quand on a l'intention de faire bénéficier le malade de cette laparotomie en enlevant les tumeurs, ou en supprimant les lésions situées dans l'abdomen.

Les statistiques sont généralement peu satisfaisantes, parce qu'on les fait lorsque les malades sont déjà affaiblies, ou par la maladie ou par des ponctions répétées.

M. Monod a fait une incision exploratrice chez une femme de 37 ans qui lui était adressée pour un kyste de l'ovaire.

Il tomba sur un utérus qui lui parut gravide. L'erreur s'explique par l'épaisseur de la paroi abdominale qui empêchait d'entendre les bruits du cœur du fœtus. Les choses se passèrent bien et la malade sortit de l'hôpital au bout de quelques jours.

M. Terrier. Les indications de l'incision exploratrice peuvent se résumer ainsi : c'est quand le chirurgien ne sait ce qu'il a devant lui.

Sur les 110 opérations d'ovariotomie que j'ai faites, je n'ai eu qu'une fois l'occasion de faire une incision exploratrice, et encore nous supposions que le malade était inopérable, et ce n'est qu'en dernier ressort que nous avons fait l'incision.

Il y a un point important, c'est qu'il faut savoir s'arrêter à temps, car le pronostic est d'autant plus grave qu'on a été plus avant dans l'exploration, c'est-à-dire qu'on a détaché plus d'adhérences ; souvent en effet, on cherche en délivrant les adhérences à voir si la tumeur est extirpable et bientôt on s'aperçoit qu'on ne peut terminer. Une grande incision est de même plus grave qu'une petite incision.

Quant aux incisions dans l'ascite, elles peuvent être curatives, de nombreux faits l'ont démontré.

M. Championnière. Il est difficile de faire une statistique des incisions exploratrices, parce que les faits réunis sont dissemblables. Dans certains cas, l'incision exploratrice se termine par une opération heureuse. Il faudrait y mettre ces cas. Or on ne tient compte que des erreurs de diagnostic.

M. Polaillon. Avant de pratiquer l'incision exploratrice, il faudrait épuiser les autres moyens de diagnostic. Dans le cas de M. Monod, on ne dit pas qu'on a fait le cathétérisme de l'utérus. Le fœtus était probablement mort et il n'y aurait pas eu d'inconvénient à le faire. S'il l'était avant, on aurait pratiqué un avortement qui n'est pas plus grave qu'une incision exploratrice.

M. Monod. Pour répondre à la remarque de M. Terrier, au sujet

de la difficulté du diagnostic entre l'utérus gravide et un corps fibreux, je dirai qu'après une incision, j'ai un peu hésité ; mais en présence de mes doutes, j'ai mieux aimé m'abstenir et attendre les événements.

M. M. Sée. La plupart des incisions exploratrices ne le sont devenues qu'à posteriori ; le chirurgien a commencé l'opération et c'est devant une erreur de diagnostic ou devant une tumeur inopérable que l'opération est devenue incision exploratrice dans les observations.

M. Trélat. Si l'on dit trop que l'incision exploratrice peut être faite sans danger, on encouragera beaucoup trop les chirurgiens à la pratiquer dans les cas où elle n'est nullement de mise.

Les incisions exploratrices ne devraient être faites qu'en présence d'une incertitude de diagnostic précis d'une part, et d'autre part en présence d'une tumeur abdominale et d'accidents sérieux obligeant à intervenir

M. Terrier. J ai fait mon incision exploratrice de parti pris, comme dernière ressource ; j'avais d'avance jugé la tumeur inopérable, et c'est pour ne pas laisser le moindre doute dans mon esprit que j'ai fait cette incision qui n'a fait que vérifier mon diagnostic.

Au point de vue des incisions exploratrices, il faut établir quatre catégories.

1° Les incisions exploratrices pures, dont le cas de M. Monod est un type.

2° Les incisions avec commencement d'opérations qu'on ne peut qu'ébaucher.

3° Les incisions suivies d'opération incomplète et qui néanmoins peuvent être suivies de succès.

4° Les incisions suivies d'opération qui n'ont pu être achevées

M. Terrillon. Dans ma statistique, je n'ai relevé que les cas où il n'y a pas eu de tentative opératoire. Il n'y en a que deux où il y ait eu tentative opératoire, un cas de Spencer Wells, qui a fait suivre l'incision d'une ponction dans un kyste et le mien où j'ai fait aussi une ponction dans le kyste.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 19 *février* 1885. — Présidence de M. Delthil.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Duchesne a la parole à propos du procès-verbal.

J'ai eu l'honneur, dit-il, d'appeler, dans la dernière séance, l'attention de la Société sur l'**antipyrine.** Je n'ai pu alors, n'ayant pas d'expérience personnelle, que signaler les propriétés hémostatiques de ce médicament, propriétés énumérées par le Dr Hénocque.

Depuis, j'ai eu l'occasion d'employer l'antipyrine chez une personne qui depuis un mois avait régulièrement deux épistaxis par jour.

Une dose de 0 gr. 50 fut administrée, et à partir de ce moment il n'y eut plus d'épistaxis. Néanmoins, par prudence, je fis prendre au malade trois autres doses de 0 gr. 50 centigr., soit en tout 2 grammes.

M. Gillet de Grandmont, secrétaire général, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, étant retenu à la chambre par une grippe.

M. A. Brochin, secrétaire général adjoint, procède au dépouillement de la correspondance qui comprend, outre les journaux habituels, une lettre du ministre de l'instruction publique demandant des renseignements sur le titre de notre Société, la date de sa fondation, de son autorisation et de sa reconnaissance comme établissement d'utilité publique.

Il annonce que M. Campardon vient de recevoir les palmes d'officier de l'instruction publique ;

Que M. Sédan, membre correspondant, a été nommé officier d'Académie ;

Que M. Bourgeois a obtenu une médaille d'or pour ses rapports sur une épidémie de fièvre typhoïde ;

Que M. Le Bon est en ce moment dans l'Hymalaya et qu'il a été le premier Français qui a pu pénétrer dans Katmandou, mystérieuse capitale du Népaul ;

Que le **guide hygiénique et médical des voyageurs dans l'Afrique intertropicale** est tiré jusqu'à la 250e page.

M. le Dr Lejournet, de Révin (Ardennes), pose sa candidature au titre de membre correspondant.

M. Odin pose sa candidature comme membre associé. — Il est nommé pour l'examen de cette candidature une commission composée de MM. Guillon et Monin, rapporteur.

M. Boyer fait une communication sur l'**emploi de la décoction du bois de Piché pour le traitement des calculs vésicaux.**

M. Danet lit un rapport sur la candidature du Dr Apostoli au titre de membre associé et conclut à son admission.

Ces conclusions sont adoptées.

M. Campardon donne lecture de la première partie de son rapport **sur les applications nouvelles à la thérapeutique.**

L'heure étant avancée, la suite de la lecture de ce rapport est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire,
Dr Tolédano.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN.

Séance du 9 mars 1885. — Présidence de M. Ballay.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance. — La correspondance comprend, outre les journaux et publications périodiques :

1° Un volume de M. le docteur Collineau, membre correspondant, sur *La Gymnastique*.

2° Une lettre de M. le docteur Deligny (de Paris), posant sa candidature au titre de membre correspondant, et envoyant à l'appui diverses brochures et observations inédites. (Commission : MM. Gendron, Cerné, Hélot, rapporteur).

3° Une lettre de M. le docteur Lainey, posant sa candidature au titre de membre titulaire et envoyant sa thèse à l'appui. (Commission : MM. Cerné, Ballay, F. Hue, rapporteur).

4° Une lettre de M. le Ministre de l'instruction publique au sujet du prochain Congrès des Sociétés savantes.

A l'occasion du procès-verbal,

M. F. Hue, au nom de M. Cauchois, absent, rappelle qu'à la séance du 10 décembre 1884, à la Société de chirurgie, M. Terrier a fait un rapport sur une observation de M. Villeneuve (de Marseille), relative à une amputation ostéoplastique du pied par la méthode Pasquier-Le-Fort. M. Villeneuve employa deux clous d'acier pour fixer les os, et cependant la réunion osseuse n'eut pas lieu. Avec M. Terrier, on peut attribuer cet échec à la friabilité et à l'ostéoporose des parties sectionnées, mais il montre qu'une condition importante pour le succès, la principale peut-être, est l'état sain des os sur lesquels on opère.

Rapport sur la candidature de M. le docteur Boyer (d'Elbeuf) au titre de membre correspondant, par M. Gendron.

Quand une théorie a été élevée par la puissante autorité d'un savant comme Duchenne (de Boulogne), que de temps, que de recherches, que de raisonnements accumulés il faut pour la renverser. Duchenne de (Boulogne), avait soutenu, au sujet de la nature de la paralysie du nerf radial, que c'était une paralysie *a frigore* ; son opinion fut adoptée. Panas vint plus tard montrer que la *compression* était seule en jeu dans la production de cette paralysie : ses idées, d'abord combattues, furent, il y a peu de temps, pleinement admises par Vulpian, et cependant la théorie nouvelle ne s'est encore substituée à l'ancienne que dans la minorité des esprits. C'est à exposer les phases de cette controverse scientifique, à classer et à développer les arguments qui plaident pour chacune des opinions, à dégager nettement celle que nous devons exclusivement accueillir.

qu'est consacrée la première partie du travail du Dr Boyer.

Les arguments qu'il soumet à un examen sont de deux ordres : les premiers sont fournis par l'observation des faits ; Duchenne (de Boulogne) et Panas en ont produit l'un et l'autre à l'appui de leur manière de voir; mais combien n'est-il pas délicat de contester la perspicacité d'observateurs aussi rigoureux ? Tout au plus pourrait-on remarquer que Duchenne, dans l'analyse des circonstances étiologiques, en même temps qu'il mettait en relief l'action locale du froid, accordait toujours quelque attention à l'attitude du membre, à laquelle Panas devait attribuer un rôle exclusif. Aussi l'auteur, ne pouvant se prononcer entre deux convictions aussi contradictoires par la seule étude de faits dont il ne se croit pas permis de contester l'exactitude, a-t-il recours à d'autres arguments, en cherchant quelle est l'interprétation pathogénique dont s'accommode le mieux la physiologie. C'est là un chapitre fort intéressant de son travail, il forme une étude critique serrée, claire, et dont se dégage naturellement la conviction pour le lecteur.

On s'explique d'abord difficilement l'action plus spéciale du froid sur le nerf radial, entre tous les troncs nerveux des membres qui y sont également exposés par leur disposition topographique ; on ne comprend guère ensuite comment cette action, qui s'exerce d'une manière si variable quant à son intensité et à sa localisation, détermine des troubles moteurs dont la délimitation reste toujours aussi exacte et aussi constante ; assurément une distribution aussi nette de la paralysie doit répondre à une cause agissant en un lieu précis, et l'action diffuse du froid est bien difficile à concilier avec la systématisation de la paralysie. Ce fut de ce raisonnement que partit Panas pour défendre sa théorie ; le Dr Boyer nous le développe avec une logique irréfutable, et, pour dissiper toute objection, il nous montre que l'action localisée du froid lui-même sur le tronc nerveux ne peut réaliser cette cause précise, puisque Romberg et Weir Mitchell, placés dans les conditions essentiellement favorables de l'expérimentation, n'ont pu produire la paralysie par la réfrigération locale des troncs nerveux. L'auteur établit en outre que la conservation de la contractilité électrique des muscles n'est nullement une objection à la théorie de la compression, cette propriété n'étant pas nécessairement altérée par les traumatismes légers des nerfs ; il nous conduit ainsi à reconnaître : que cette théorie reste seule compatible à la fois avec les faits cliniques, avec les données anatomiques comme l'avait démontré Panas, et avec la physiologie ; que la paralysie du nerf radial *dite a frigore* a pour cause réelle une compression légère et temporaire du tronc nerveux, et qu'elle forme un groupe unique avec les autres paralysies de ce nerf qui jusqu'à ce jour ont été sans conteste expliquées par ce mécanisme.

Depuis la publication de ce travail, le docteur Joffroy, dans une communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, avec une observation beaucoup moins démonstrative que celle rapportée par le docteur Boyer, a de nouveau plaidé

pour la théorie de la compression ; sans contester que le froid pût produire des paralysies, il a soutenu qu'il ne donnait pas lieu à des paralysies exactement circonscrites à la sphère du radial. La question étiologique ne semble donc plus discutable.

Le travail du docteur Boyer est en quelque sorte exclusivement consacré à l'histoire contemporaine de la paralysie du nerf radial ; après avoir mis en lumière une vérité étiologique encore trop ignorée il nous épargne la description d'une affection bien connue sous son type habituel, pour passer en revue ses principales variétés topographiques, et s'attacher à la distinction de certaines formes cliniques.— On connait la répartition ordinaire de la paralysie ; mais, dans les circonstances mêmes où se développe la paralysie *dite a frigore*, on peut observer quelques variations dans cette répartition, et ces variations sont trop en rapport avec la distribution du nerf pour qu'on puisse les expliquer autrement que par l'atteinte de ce dernier en des points différents de son trajet. C'est là, fait remarquer l'auteur, un nouvel argument en faveur de la compression : puisque la paralysie peut varier dans son étendue, il faut admettre qu'elle relève d'une cause capable elle-même d'agir sur des points variables du parcours nerveux. Il nous rapporte alors un fait curieux de paralysie radiale avec intégrité des supinateurs et des radiaux et survenue dans les circonstances propres à la paralysie *dite a frigore* ; mais ici une compression avait été manifestement exercée sur le nerf radial, au point où il contourne l'extrémité supérieure du radius, après l'émergence des filets destinés aux muscles supinateurs et radiaux. Je possède une observation semblable recueillie sur une femme qui s'est présentée à ma consultation du Dispensaire, et avec le Dr Boyer, je reconnais que cette variété de paralysie, si rare qu'elle soit, peut compliquer sérieusement le diagnostic des diverses paralysies des muscles extenseurs de l'avant-bras.— La distinction de *formes légères* et de *formes graves* parmi les paralysies du nerf radial par compression temporaire repose sur des considérations cliniques d'un grand intérêt, puisque, au point de vue de la curabilité : les premières n'ont qu'une durée éphémère ou tout au moins cèdent rapidement à l'action du traitement ; tandis que les secondes y sont rebelles, peuvent ne se terminer que par une amélioration très relative et entraîner des troubles trophiques. L'appréciation de ces différences si importantes à reconnaître pour l'avenir, nous est fournie par l'exploration électrique des muscles ; et l'auteur, contestant la valeur de cette exploration comme élément de diagnostic, insiste au contraire sur les précieuses indications pronostiques qu'on en peut tirer.

Ainsi que je l'exprimais plus haut, Messieurs, le travail dont je me suis efforcé de vous traduire les idées principales, n'a pas la prétention d'être une monographie sur la paralysie du nerf radial ; mais il peut avoir celle, par un exposé clair et une discussion judicieuse des recherches récentes, d'ajouter à ce

que nous savons déjà de vieille date certaines notions nouvelles d'un réel intérêt clinique. Au cours de cette analyse, j'aurais peut-être risqué quelques critiques, si je n'eusse cru trahir la franche courtoisie en cherchant querelle, pour de simples lacunes, à celui qui se présente à vos suffrages avec tous les droits et toutes les qualités capables de les lui assurer.

Discussion. — M. Cerné. M. Boyer a-t-il relevé, dans les observations qu'il étudie, quelque différence dans les causes ou dans leur mode d'action, suivant que la paralysie qu'elles amèneront sera légère ou grave ? Il ne paraît pas admissible *a priori* que des suites si différentes n'aient pas leur raison d'être dans l'étiologie.

M. Gendron. Ainsi que le fait remarquer M. Boyer, il est très difficile d'obtenir des malades des renseignements suffisants pour préciser les détails de leur aventure. Le point important sera toujours d'établir un pronostic certain, et c'est ce qu'on pourra faire avec l'exploration électrique.

Sur la cocaïne, par le Dr F. A. Hüe. — J'ai eu l'occasion d'opérer il y a deux jours, à l'Hospice Général, une femme de 63 ans, atteinte d'un papillome de la conjonctive palpébrale. Grâce à l'emploi de la cocaïne, l'opération a pu s'effectuer avec la plus grande facilité.

Je ne rapporterais pas ce fait si l'action anesthésique de la cocaïne sur les muqueuses n'avait été mise en suspicion récemment.

La malade avait été traitée sans succès par des cautérisations au crayon de nitrate d'argent, et il devenait nécessaire d'exciser la petite tumeur qui menaçait de s'accroître. Bien qu'elle eût à peine le volume d'une graine de lentille, son siège à la conjonctive palpébrale droite inférieure, près du point lacrymal, amenait un ectropion qui allait en augmentant et gênait la malade.

Je fis deux instillations de trois ou quatre gouttes de solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/20me : l'excision, la cautérisation de la surface saignante, le lavage avec des éponges imbibées d'eau boriquée purent se faire ensuite sans que la malade en ressentît la moindre gêne. Si bien qu'elle est sortie ce matin de l'hôpital sans avoir souffert un seul instant.

De même, j'ai pu cautériser chaque jour au nitrate d'argent des granulations de la conjonctive chez un enfant jusqu'alors fort indocile, au point qu'il était nécessaire de le chloroformer pour arriver à renverser ses paupières. Actuellement quelques gouttes de solution de cocaïne, 3 ou 4 minutes avant la cautérisation, amènent une insensibilité absolue et rendent l'opération aussi facile que sur un adulte docile.

Le Secrétaire,
A. Cerné.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

chemin de fer, chemins vicinaux. Pays commerçant. Rayon 14 kilom. ; — s'adresser au bureau du journal.

144. — Clientèle à céder dans le centre de Paris, dans les meilleures conditions ; — s'adresser à Mme Durut, 10, rue Chabanais, tous les jours, de une heure à deux heures, excepté les lundis et vendredis.

143. — Bon poste médical à prendre dans Indre-et-Loire. Pays riche, résidence agréable. Produit 7 à 8 000 fr. susceptible d'augmentation ; — s'adresser au bureau du journal.

142. — Position médicale à prendre à Rabo anges, par Putanges (Orne) ; — s'adresser pour renseignements à M. Genu, notaire, maire de Putanges.

141. — On demande un médecin de colonisation a Gouraya, près Alger. Il y a un traitement fixe ; s'adresser au maire du pays.

138. — Un confrère de province désirerai eprendre dans la banlieue de Paris, une clientèle d'un rapport de 8 à 9.000 fr. Préférerait situation toute faite avec un fixe si possible et surtout situation agréable ; — s'adresser au bureau du journal.

137. — Une dame veuve sans famille, ayant été directrice d'une maison de santé et pourvue des meilleures recommandations, sollicite en ce moment un emploi de ce genre ou pour tenir la maison particulière d'un docteur. Ecrire à Madame Lainé, 9, rue Aubriot.

136 — Bon poste médical à prendre dans le département de Maine-et-Loire ; le médecin qui y viendrait aurait gratis une maison avec jardin et prairie y attenant e une indemnité les deux premières années ; — s'adresser pour tous renseignements à M. le Dr Deschamps, à St-Patrice (Indre-et-Loire).

135. — Bon poste médical à prende, à une heure et demie de Paris (Seine-et-Marne). Conviendrait à un jeune médecin ; — s'adresser au bureau du journal.

134. — Un Docteur ayant 20 ans de pratique, pouvant disposer d'un certain capital, désirerait la direction d'un établissement thermal ou hydrothérapique situé dans le midi ou dans la région pyrénéenne ; — s'adresser au bureau du journal.

132. — Bonne clientèle médicale a vendre dans un chef-lieu de canton de l'Yonne Produit 10 à 12.000 fr. Gare de chemin de fer, pas de pharmacien. Seul médecin. Prix 5.000 fr. — Toutes facilités pour le paiement. Le titulair désire vendre par raison de santé ; — s'adresser au bureau du journal.

129. — Un confrère républicain offre à un docteur également libéral une clientèle gratuite d'un rapport de 7000 fr. (plus le fixe de 1100 fr.) qui augmentera très rapidement ; — s'adresser à MM. Mousnier et Dampierre, pharmaciens, à Sceaux (Seine).

A vendre une bibliothèque en poirier noirci, sortant des ateliers de Grohé, pouvant contenir plus de quinze cents volumes. Trois corps. Hauteur 3 m. 40, profondeur o m. 60 c. Bonnes conditions, s'adresser au bureau du journal.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS
Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE : L'ANTISEPSIE CHIRURGICALE ; L'EXTIRPATION DU REIN ; CHOLÉRA ET FIÈVRE TYPHOIDE ; LE RHINOSCLÉROME, AFFECTION PARASITAIRE.

La discussion sur l'antisepsie chirurgicale a continué dans la dernière séance par un discours dans lequel le professeur Le Fort a cherché à montrer que le résultat le plus important des nouvelles méthodes de pansement, c'est d'avoir établi que l'érysipèle est contagieux et que le meilleur moyen d'en préserver ses opérés consiste à maintenir les plaies dans un état de propreté absolue. Quant au choix des moyens, le professeur n'y attache qu'une considération secondaire, c'est-à dire qu'il

FEUILLETON

ASSURANCES CONTRE LES ACCIDENTS. — CAS D'ENTRÉE A L'HOPITAL. — VISITE DU BLESSÉ PAR LE MÉDECIN DÉLÉGUÉ DE LA COMPAGNIE. — CONSULTATION DE M. BROUARDEL.

Je soussigné Paul Brouardel, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, ai été prié par la Compagnie contre les accidents *la Confiance* (4, rue Favart), de donner mon avis sur les questions suivantes :

1° Les Compagnies d'assurances contre les *accidents* sont-elles en droit de demander que leur médecin puisse aller dans un hôpital ou hospice civil, constater l'état des blessés qui sont leurs assurés et apprécier ainsi la durée probable de leur incapacité de travail ?

2° Les administrations hospitalières et les médecins de ces hôpitaux ou hospices civils sont-ils en droit de s'opposer à cette visite alors même que le médecin de la Compagnie s'engagerait

n'attribue à aucun le monopole de l'antisepsie que bon nombre sont à même de réaliser d'une façon très satisfaisante.

Stimulé par les succès obtenus par M. Ledentu dans l'extirpation du rein, M. Péan est venu à son tour communiquer à l'Académie le fait de l'ablation d'un rein cancéreux qui pesait 6 kilos. L'opération date maintenant d'assez longtemps pour qu'on puisse considérer la guérison comme établie. C'est là un résultat fort remarquable.

M. Durand-Claye, candidat au titre d'associé libre, a lu un travail dans lequel il a mis en relief, à l'aide surtout des données fournies par la statistique, les relations existant entre l'épidémie de fièvre typhoïde de 1883 et l'épidémie de choléra de 1884, à Paris.

Quand nous aurons encore signalé une note du professeur Cornil sur le rhinosclérome, dont il fait une affection parasitaire, on comprendra sans peine que la séance ait été bien remplie.

Ajoutons que dans le comité secret qui a suivi, l'Académie a fait ajouter sur la liste de présentation qui lui était proposée par la commission, le nom de M. Oré (de Bordeaux) pour la prochaine élection d'un membre correspondant. Voilà un nom qui pourrait bien primer tous ceux de la commission.



à ne toucher à aucun pansement et à se borner à voir et à interroger le blessé ?

3° En cas de conflit entre les médecins des hôpitaux et les médecins des Compagnies d'assurances, quel recours auraient ceux-ci pour obtenir qu'ils puissent remplir les fonctions dont ils sont chargés ?

Pour répondre aux questions qui me sont posées, il me semble indispensable de préciser la position faite à un malade ou à un blessé par son admission dans un hôpital. Elle ne diffère de celle que le blessé aurait chez lui que par les règles que l'administration est obligée d'imposer dans l'intérêt de tous et dans celui de l'ordre. Sur ces points, la liberté du malade peut être soumise à quelques restrictions. Mais on ne saurait admettre que ces règles puissent porter atteinte aux intérêts matériels du blessé. Il importe d'établir dès le début que l'Assistance n'intervient que pour être utile au malade, que son action ne

REVUE CLINIQUE

—

EXTIRPATION TOTALE DU LARYNX.

Par le Dr Léon Labbé.

Monsieur X..., âgé de 59 ans, accuse un mal de gorge chronique depuis environ quatre ans.

Il y a trois ans, il fut atteint d'aphonie passagère, et il reçut, en 1882, les soins du Dr Krishaber qui pratiqua, dans le larynx, plusieurs cautérisations à l'aide du galvano-cautère, sans parvenir à modifier l'état du malade.

En 1882, le malade fit une saison à La Bourboule, et en 1883 et 1884 il prit les eaux à Cauterets.

Le 19 décembre 1884, il fut soumis à l'examen de M. le Dr Cadier.

A cette époque l'aphonie était complète depuis trois mois et la dyspnée, qui avait commencé au mois de septembre, s'accentuait de plus en plus. Il existait un peu de *cornage* et la respiration était fort anxieuse.

L'examen laryngoscopique, pratiqué par le docteur Cadier, donna les résultats suivants :

L'épiglotte est normale. Presque toute la portion sus-glottique du larynx est remplie par une tumeur bosselée, bilobée, paraissant implantée sur la bande ventriculaire gauche (corde vocale supérieure) et laissant, sur son bord droit, un petit intervalle qui per-

---

doit à aucun moment lui porter préjudice. L'administration n'a la tutelle de ses administrés que lorsque ceux-ci ont été déclarés par certificat médical et suivant les formalités légales ne plus posséder leur libre arbitre. Tant qu'un individu quelconque n'est pas ainsi dépossédé légalement de sa liberté d'action, il a le droit de faire dans son intérêt, étant à l'hôpital, ce qu'il ferait s'il était dans son domicile.

Or supposons que le blessé soit dans son domicile, quelles sont les règles ou les habitudes qui régissent les relations du client, de son médecin et du médecin de la Compagnie d'assurances ?

Lorsque le médecin traitant est prévenu que son blessé a contracté une assurance contre les accidents, et que le médecin de la Compagnie doit le visiter, son devoir est d'autoriser ce dernier à visiter son client, parce qu'il peut être de l'intérêt de celui-ci que cette visite et les constatations nécessaires soient

met d'apercevoir la bande ventriculaire droite saine et par moments la corde vocale droite.

Cette tumeur, de forme ovoïde, mesure un diamètre antéro-postérieur de 2 centimètres 1/2 sur 2 centimètres de large.

D'après l'examen des parties voisines, la tumeur doit avoir son point de départ et son implantation sur la bande ventriculaire gauche.

Il existe quelques mouvements de l'éminence aryténoïde droite, mais la gauche est rouge, gonflée et refoulée par la tumeur qui l'écarte et la rend immobile.

Le docteur Cadier diagnostique une *tumeur épithéliale* de la bande ventriculaire gauche, et il conseille de pratiquer la *trachéotomie*, comme *opération préalable*, puis *l'extirpation ultérieure* de cette tumeur par les *voies naturelles*, au moyen de la pince et du galvano-cautère.

Le malade n'accepte pas d'abord cette proposition, et ce ne fut que le 20 janvier, alors qu'il éprouvait déjà un peu de difficulté pour avaler et de véritables accès de suffocation, qu'il se décida à se faire opérer.

Le 20 janvier M. Cadier pratiqua la *trachéotomie*. Pendant 24 heures le malade respira bien, mais le lendemain, l'introduction de la canule fut empêchée par de petites végétations qui obstruaient la plaie trachéale. Celle-ci avait été faite au niveau du deuxième anneau de la trachée.

M. Cadier enleva une partie de ces végétations avec la pince, puis cautérisa le reste avec le galvano-cautère.

A partir de ce moment, l'introduction de la canule se fit très bien. et la respiration fut très facile.

Le 23 janvier le malade se plaint d'avoir eu froid ; il tousse,

---

faites. Le blessé, il est vrai, peut se refuser à recevoir cette visite ; mais le médecin traitant n'a pas à substituer ses appréciations aux siennes, à dire s'il lui sera utile ou nuisible que les constatations jugées nécessaires par la Compagnie soient faites. Le médecin ne peut opposer un veto formel que s'il juge — et le cas est bien rare — que la visite d'un tiers, habitué aux choses de la médecine, peut être préjudiciable à la vie ou à la santé de son client. Cette appréciation d'ordre médical appartient seule au médecin ; sur tous les autres points le blessé conserve sa volonté pleine et entière.

D'autre part, le médecin délégué par la Compagnie doit ne rien faire de ce qui pourrait être nuisible aux intérêts du malade. Il doit donc s'entendre avec le médecin traitant pour se rencontrer avec lui auprès de l'intéressé. Il enregistre les renseignements fournis par le médecin traitant, constate l'existence des blessures ou des lésions, si ce dernier juge qu'il peut

et l'on constate l'existence d'une double broncho-pneumonie qui met sa vie en danger, pendant quelques jours.

Le 1[er] février l'amélioration est très marquée et l'état général redevient meilleur et se maintient jusqu'au 15 février.

A partir de ce moment, le malade se plaint un peu de dysphagie.

L'examen laryngoscopique permet de constater que la tumeur est d'un tiers plus volumineuse qu'elle ne l'était il y a deux mois, et qu'elle vient faire saillie au-dessus des éminences aryténoïdes.

Quelques jours après, la dysphagie augmente, et le malade éprouve une douleur des plus vives au niveau de l'oreille gauche.

La respiration se fait toujours très bien par la canule.

A partir du 20 février, M. Cadier constate une augmentation sensible et continue de la tumeur; la dysphagie s'accentue dans des proportions considérables.

A ce moment, M. Cadier prévient la famille du malade que, vu l'augmentation rapide du volume de la tumeur, son extirpation par les voies naturelles deviendra impossible et qu'il serait nécessaire d'avoir recours à une opération plus radicale.

C'est à cette époque, le 28 février, que je fus appelé par M. Cadier à examiner, avec lui, M. X.

L'examen laryngoscopique nous montra une tumeur remplissant tout le ventricule du larynx et faisant déjà saillie, en arrière, du côté du pharynx, en recouvrant les éminences aryténoïdes qu'elle cache entièrement.

L'épiglotte est relevée fortement.

L'orifice du larynx est fermé, d'une façon à peu près absolue, et la saillie, du côté du pharynx, est assez considérable pour donner lieu à une dysphagie bien marquée et rendre presque impossible l'introduction de la sonde œsophagienne.

---

en être ainsi sans nuire à son client. En règle générale, tant qu'un malade est en traitement, le médecin de la Compagnie ne doit intervenir qu'en présence du médecin traitant.

En résumé, sauf les cas cités plus haut, le blessé est seul libre de décider qu'il recevra ou ne recevra pas la visite du médecin de la Compagnie ; le médecin traitant doit faciliter toutes les constatations nécessaires, car elles peuvent être utiles aux intérêts de son malade ; le médecin de la Compagnie ne doit rien faire qui puisse être considéré comme capable de nuire au blessé, et ici il vaut mieux qu'à son appréciation personnelle soit substituée celle du médecin traitant.

A l'hôpital les choses doivent s'accomplir autant que possible comme dans la clientèle de la ville. C'est l'intérêt du malade, ou ce que celui-ci juge tel, qui prime toutes les autres considérations. L'administration et le corps médical hospitalier doivent au malade de faciliter toutes les constatations qu'il juge utiles.

Il n'existe aucun engorgement ganglionnaire.

Le malade a une salivation très abondante et continuelle, nuit et jour. Il éprouve de très violentes douleurs au niveau des deux oreilles, et chaque mouvement de déglutition est accompagné de souffrances horribles.

Son état est tellement pénible, qu'il demande, avec instance, à être débarrassé de son mal à l'aide d'une opération.

En présence de cet état qui menace, immédiatement, la vie du malade au milieu d'atroces souffrances, l'extirpation par les voies naturelles ne paraissant pas réalisable, à cause du grand volume de la tumeur, M. Cadier et moi, nous proposons de pratiquer *l'extirpation totale du larynx.* Cette proposition est acceptée par le malade et sa famille.

L'opération devait être faite le 7 mars.

A ce moment le malade ne pouvait plus avaler que quelques gorgées de liquide.

Un instrument spécial, la canule de Treudelenburg, très utile pour faciliter l'opération, ayant été construite avec quelques défectuosités, il fallut remettre l'opération au 12 mars.

Dans cet intervalle, du 7 au 12 mars, la dysphagie avait augmenté dans des proportions considérables ; la partie supérieure de la tumeur, sortie du larynx, avait trouvé dans le pharynx une large place pour s'épanouir, et avait oblitéré, d'une façon complète, le canal pharyngo-œsophagien. Le 11 mars le malade ne pouvait plus rien avaler et était menacé de mort imminente par inanition.

Ce fut dans ces conditions *d'urgence absolue* que je pratiquai l'opération le matin du 12 mars avec le concours de MM. les Drs Cadier, Rémy, agrégé de la Faculté, Gouël, Charles Labbé, Loiseau, Chauveau et de M. Aubry, fabricant d'instruments de chirurgie.

L'intérêt du blessé doit donc seul diriger la conduite des autorités administratives et médicales de l'hôpital : compromettre ces intérêts par des raisons tirées des relations confraternelles peu sympathiques, ou de tout autre ordre, serait de la part du médecin manquer à son devoir professionnel, plus étroit encore à l'hôpital qu'en ville ; car, une fois hospitalisé, le blessé subit, par son isolement même, bien plus puissamment l'influence des personnes qui l'entourent et lui donnent leurs soins.

Lorsque le directeur d'un hôpital ou le médecin traitant à l'hôpital est prévenu que le médecin d'une Compagnie d'assurances contre les accidents désire voir un blessé, j'estime donc que le devoir étroit de l'un et de l'autre est de demander au blessé lui-même s'il consent à voir ce médecin, et une fois qu'il a exprimé sa volonté, de s'y conformer absolument. A l'hôpital, comme en ville, le médecin de la Compagnie prendra au-

Le malade fut endormi en plaçant une compresse de chloroforme au niveau de la canule trachéale. On parvient à une anesthésie très satisfaisante qui permet d'atténuer les douleurs, surtout du début de l'opération; malheureusement le voisinage de la canule trachéale et du champ opératoire, rend assez difficile l'administration régulière du chloroforme.

L'anesthésie fut cependant continuée aussi complètement que possible, pendant toute l'opération, mais sans présenter le degré de perfection que l'on aurait pu souhaiter.

Le malade est couché, comme pour l'opération de la trachéotomie, la partie postérieure du cou reposant sur un corps cylindrique volumineux et résistant, de façon à ce que la partie antérieure du cou soit fortement tendue.

Avant d'endormir le malade, nous avions dû substituer à la canule trachéale ordinaire, la canule à tamponnement de Trendelenburg, dans le but d'opposer une barrière infranchissable à l'écoulement de sang qui aurait lieu dans la trachée et pourrait menacer, presque immédiatement, la vie de l'opéré.

Cette canule à tamponnement se compose d'un manchon de caoutchouc ajouté à l'extrémité un peu rétrécie d'une canule ordinaire. Ce manchon peut se gonfler au moyen d'un tube à air qui débouche dans la partie rétrécie de la canule.

Lorsque la canule est introduite, on remplit d'air le manchon qui vient alors s'appliquer contre la paroi interne de la trachée et empêche la pénétration du sang dans les voies respiratoires, tout en laissant libre la respiration par la canule trachéale.

Découverte du larynx.—Le larynx est mis à découvert par une incision longitudinale pratiquée avec le bistouri, et commençant un peu au-dessous du bord inférieur de l'os hyoïde et s'étendant

---

près de son confrère les renseignements nécessaires, et constatera l'existence et la nature des lésions en sa présence et de façon que l'on ne puisse plus tard invoquer, même à tort, que son intervention a pu être nuisible.

Dans la pratique, et lorsque les deux médecins ont des relations amicales, ces expertises se font sans aucune difficulté ; mais il est toujours bon de se conformer aux règles ci-dessus indiquées.

RÉPONSES AUX QUESTIONS POSÉES PAR LA COMPAGNIE.

1° Les Compagnies d'assurances sont en droit de demander que leur médecin puisse aller dans un hôpital ou hospice civil, contater l'état des blessés qui sont leurs assurés, et apprécier ainsi la durée probable de leur incapacité de travail. Elles peuvent toutefois se heurter au refus catégorique exprimé par le blessé, qui, lui, supportera plus tard les conséquences de ce

le plus bas possible, de telle sorte qu'elle n'est séparée de l'orifice de la fistule trachéale que par un petit pont de peau de 1/2 centimètre environ.

Deux incisions latérales partent de l'extrémité supérieure de cette incision et vont rejoindre à droite et à gauche, le bord antérieur du sterno-mastoïdien, de telle façon que ces incisions réunies ont, exactement, la forme d'un T.

La peau et le tissu cellulaire sont alors disséqués par leur partie profonde, de façon à mettre le larynx largement à découvert.

Isolement du larynx.—A partir de ce moment, j'abandonne le bistouri, et tout le reste de l'opération a lieu à l'aide d'un couteau galvano-caustique, mince et assez étroit.

A l'aide de cet instrument, j'isole toutes les parties molles sur la ligne médiane jusqu'aux cartilages. Je détache les insertions supérieures des muscles sterno-hyoïdiens, sterno-thyroïdiens, omohyoïdiens.

Je dégage les faces latérales du larynx jusqu'aux premiers anneaux de la trachée en ayant soin de raser de très près ces faces latérales, de manière à éviter avec soin les paquets vasculo-nerveux de cette région.

Je me sers également de la sonde cannelée pour compléter cet isolement.

Grâce à l'emploi du galvano-cautère, ce temps de l'opération n'est accompagné que d'un écoulement de sang très minime; quelques pinces à forci-pressure saisissent, chemin faisant, quelques petits vaisseaux.

Extirpation. Malgré l'application de la canule de Trendelenburg, un peu de sang s'introduit dans les voies aériennes, et le

---

refus, mais qui est seul juge d'en apprécier l'avantage ou le désavantage. Elles peuvent encore se trouver en présence de l'avis formellement exprimé par le médecin traitant que la mise en présence du blessé et d'une personne quelconque pourrait nuire à la vie ou à la santé du premier. En ce cas le médecin de la Compagnie n'a qu'à se retirer, après avoir demandé acte de ce refus et des motifs invoqués.

2° Les administrations hospitalières et les médecins des hôpitaux ou hospices civils ne sont pas en droit de s'opposer à cette visite, alors que le médecin de la Compagnie d'assurances s'engage à ne jamais toucher à aucun pansement et à se borner à voir et interroger le blessé. J'estime que cette visite, pour être vraiment utile et pour qu'on ne puisse arguer plus tard qu'elle a été nuisible, doit être faite en présence du médecin traitant, ainsi que cela se passerait en ville.

3° En cas de conflit entre les médecins des hôpitaux et les

malade, dont l'anesthésie est un peu incomplète, le rejette par des efforts de toux.

Pour faire l'extirpation proprement dite on peut procéder de deux manières : *de bas en haut* suivant le procédé de Billroth, après avoir sectionné transversalement la trachée, dans toute son épaisseur; ou *de haut en bas*, suivant le procédé de Maas, en commençant par la section de la membrane thyro-hyoïdienne.

Cette partie de l'opération a été assez pénible.

J'ai commencé par tenter l'extirpation de bas en haut, en attirant fortement le larynx en avant au moyen d'une forte érigne; après des manœuvres difficiles dues à ce que la section portait forcément sur le cartilage cricoïde, la canule de la trachée, remontant jusqu'à la partie inférieure de celui-ci.

Pendant un instant, j'abandonnai ce procédé et je tentai d'enlever le larynx de haut en bas pour revenir définitivement à l'extirpation de bas en haut.

Je dus faire porter la section sur le cartilage cricoïde.

Ces manœuvres furent assez longues et assez palpitantes; pendant tout ce temps l'écoulement du sang, bien que ne présentant pas l'abondance que l'on a observée dans les cas d'extraction au bistouri, était cependant appréciable, et nécessitait d'assez nombreuses manœuvres d'hémostase.

La difficulté de ce temps d'opération consiste à éviter la lésion de l'œsophage au moment où l'on sectionne la paroi postérieure du conduit laryngo-trachéal.

A partir du moment où cette sectiou est pratiquée, en attirant fortement le larynx en avant, au moyen d'érignes placées à l'intérieur même du conduit laryngien, il est assez facile d'isoler le larynx de toute la paroi antérieure de l'œsophage. Cet isolement

---

médecins des Compagnies d'assurances, quel recours auraient ceux-ci pour obtenir qu'ils puissent remplir les fonctions dont ils sont chargés ?

En fait il n'y a, je crois, ni tribunal, ni autorité, qui puissent intervenir pour juger le différend. Mais il me paraît évident que si un médecin prend la responsabilité d'interdire la visite du médecin de la Compagnie, dès que le malade se croira lésé parce que certaines constatations possibles au début n'ont pu être faites et ont entraîné un jugement qu'il estime défavorable à ses intérêts, il pourra se retourner contre son médecin, qui ne l'a pas consulté et a substitué son autorité à celle de l'in-essé en lui portant ainsi préjudice.

P. Brouardel.

doit se faire en rasant rigoureusement la paroi du conduit laryngien.

Enfin, lorsqu'on arrive au niveau des cornes supérieures du cartilage thyroïde, on les coupe avec de forts ciseaux, et l'on termine par la section complète de la membrane thyro-hyoïdienne.

Au moment où cette membrane fut complètement incisée, une énorme tumeur vint faire saillie; c'était la portion du néoplasme qui avait envahi le pharynx.

Dans cette manœuvre, l'épiglotte reste adhérente à la base de la langue. Suivant son état d'intégrité ou de lésion plus ou moins prononcée on peut la laisser en place ou l'enlever. C'est à ce dernier parti que nous nous sommes arrêtés. La manœuvre est d'ailleurs fort simple; la voie ouverte, à ce moment, est tellement large, qu'il est très facile de porter les ciseaux sur la base de l'épiglotte.

Les éminences aryténoïdes restées adhérentes aux parties latérales de l'œsophage furent réséquées.

J'ai dit que la section inférieure avait porté sur le cartilage cricoïde; il en résulte que la partie supérieure de la trachée est restée adhérente à une portion du cartilage cricoïde parfaitement saine. C'est là une circonstance favorable pour l'avenir, car la partie supérieure de l'orifice trachéal reste largement béante et peut faciliter l'application d'un larynx artificiel.

L'extirpation terminée, on voit nettement toute la paroi postérieure du pharynx et l'ouverture supérieure de l'œsophage.

Quelques ligatures au catgut sont placées sur les vaisseaux, maintenus fermés jusque-là, par des pinces à forci-pressure; puis la plaie est rétrécie par suite de la suture des portions de peau correspondant aux incisions transversales, de sorte que l'incision verticale subsiste seule.

La plaie, une fois bien nettoyée, on place à demeure une sonde œsophagienne qui est introduite, par la plaie, directement dans l'orifice supérieur de l'œsophage.

Le pansement est fait avec de la gaze imbibée d'eau alcoolisée, et dès le premier jour le malade est alimenté à l'aide de la sonde œsophagienne.

Le lendemain 13, la température est à 38°3 et le pouls à 90.

A partir de ce jour la température a oscillé entre 38 et 38°5. Elle est montée un seul soir à 38°9, et depuis trois jours la température et le pouls sont redevenus normaux.

Le quatrième jour, le 16 mars, j'ai pratiqué, à l'aide du galvanocautère, la cautérisation de bourgeons charnus sur les parties latérales et inférieures de la plaie.

A partir du quatrième jour la plaie a été pansée à l'iodoforme.

Aujourd'hui les petites eschares, dues à l'emploi du galvanocautère, sont toutes détachées, et la plaie, dans toute son étendue, présente l'aspect le plus satisfaisant; elle est rose, souple, et offre une diminution déjà très considérable.

Mon maître, le professeur Gosselin, a bien voulu visiter le malade le huitième jour de l'opération, et il a constaté l'excellent état dans lequel il se trouvait.

Aujourd'hui, 14me jour de l'opération, l'état du malade est abso-

lument satisfaisant. Il s'alimente abondamment. Les douleurs intolérables qu'il éprouvait du côté des oreilles, et qui s'opposaient à tout sommeil ont cessé immédiatement après l'opération ; son état local et général ne laisse rien à désirer.

Je me ferai un devoir de tenir ultérieurement l'Académie au courant de ce qui arrivera.

Reste pour l'avenir une indication à remplir : celle de l'application d'un larynx artificiel. On a déjà obtenu, dans cette direction, d'importants résultats, et, moi-même, j'ai vu à Prague, un opéré de Gussenbaüer, lisant tout haut son journal, à l'aide de son appareil prothétique. Quant à la déglutition par les voies naturelles, elle se rétablit habituellement au bout d'un mois, six semaines à deux mois.

Examen histologique de la tumeur fait par M. le Dr Rémy, agrégé de la Faculté. — La tumeur du larynx, enlevée par M. Labbé, est un *sarcome fasciculé* de Ranvier. On le désigne encore sous le nom de *sarcome fuso-cellulaire*, de *sarcome à cellules fusiformes* (tumeur fibro-plastique de Robin).

Le tissu de nouvelle formation est composé de cellules fusiformes de tissus conjonctif qui, accumulées dans leur longueur, forment des faisceaux.

Le tissu nouveau est parcouru par de nombreux vaisseaux et en particulier par des lymphatiques qui sont gonflés de globules blancs; mais malgré cela on ne peut dire que ce soit un lymphosarcome.

La muqueuse du larynx qui n'est pas ulcérée coiffait presque partout le néoplasme.

L'épithélium pavimenteux stratifié qui le recouvre semble provenir des cordes vocales.

Réflexions. — L'étude attentive de l'observation que je vous soumets permet d'attirer l'attention sur les points suivants :

Lorsqu'on pratiquera la trachéotomie préalable dans le but de procéder plus tard à une extirpation totale du larynx, il faudra pratiquer cette opération le *plus près possible de la fourchette sternale*, afin de laisser une plaie suffisante pour sectionner facilement le conduit trachéal au-dessous et au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde.

L'emploi du galvano-cautère est de beaucoup préférable à celui du bistouri.

Les terribles hémorrhagies dont on lit la relation dans plusieurs observations, et, notamment, dans celle de Bottini, ont ainsi grande chance d'être évitées. C'est du reste Bottini qui a, le premier, conseillé d'avoir recours à ce moyen de diérèse.

Historique relatif à l'extirpation du larynx. — Dessault eut l'idée première de l'extirpation des tumeurs du larynx. En décrivant l'opération de la laryngotomie, il a jeté le premier jalon des différentes étapes qui ont conduit à l'extirpation totale du larynx.

En 1866 Schewel (Strasbourg) rapporte que Kœberlé, en parlant de l'insuffisance de la laryngotomie dans certains cas, indiquait

qu'il ne faudrait pas hésiter à pratiquer l'extirpation totale du larynx.

En 1870, Czerny a le premier pratiqué l'extirpation totale du larynx sur des chiens, et il a montré qu'elle pouvait être sans danger pour leur existence.

Le 31 décembre 1873, la première extirpation fut faite sur l'homme par le professeur Billroth.

A partir de cette époque, un grand nombre d'opérations ont été pratiquées, les premières par Heine, Maas, Langenbeck, Schmidt, Bottini, Caselli, etc., etc. — Il y a, en ce moment, une soixantaine de cas d'extirpation totale du larynx.

L'opération pratiquée par M. Labbé est la première qui ait été faite en France.

RHUMATISME VISCÉRAL MÉTASTATIQUE.

(*Suite et fin.*)

En résumé, pendant six jours, le malade avait souffert de coliques, irradiant d'un point correspondant à la valvule iléo-cœcale, où existait un empâtement manifeste ; ces coliques, atroces, comparables à celles dites de miserere, s'accompagnaient de tous les symptômes de l'occlusion intestinale, moins toutefois les vomissements.

Je reprends l'observation où je l'ai laissée, c'est-à-dire au 20 septembre. Le matin de ce jour-là, je trouvai mon malade tout à fait rasséréné ; il avait, me dit-il, parfaitement dormi et, bien qu'il ressentît un peu de douleur, par moments, au pied droit, il se préparait à sortir, voulant prendre l'air et gagner de l'appétit avant de déjeuner.

Le lendemain matin, il m'accueille en se plaignant d'avoir mal dormi ; il croit qu'il a eu un peu de fièvre ; la sortie d'hier l'a fatigué. Je prescris 0,40 centigram. de sulfate de quinine, en pilules.

Le soir, il me fait demander. Il n'a pas pris de pilules ; la journée a été mauvaise ; il se plaint d'avoir éprouvé une faiblesse extrême ; il y a eu de l'inquiétude, une grande prostration physique et morale. Ce qui le tourmente surtout, ce sont des alternatives de rétention et d'incontinence d'urine ; tantôt il ne peut pas uriner, malgré l'envie impérieuse qu'il en a ; tantôt il ne peut se retenir, et le liquide s'échappe avant qu'il ait eu le temps de prendre le vase. Le pouls est normal, la langue un peu blanche, la vessie à moitié pleine.

Le 22, je suis mandé à 7 heures du matin. Le malade n'a pas dormi ; l'écoulement de l'urine a été continuel et a mouillé 6 à 7 serviettes. La percussion indique cependant que la vessie est pleine. Je pratique le cathétérisme. La sonde de trousse pénètre facilement, mais le bec est fortement dévié à gauche au niveau de la région prostatique. Sur aucun point il n'existe de rétrécissement.

Je retire trois grands bols (près de 2 litres) d'urine parfaitement limpide et claire. Prescription : fomentations sur le ventre avec de l'huile contenant 0,75 cent. de strychnine pour 30 gr.

A ce moment seulement, je me demandai si je n'avais pas affaire à des phénomènes de rhumatisme viscéral ? Et s'il ne se passait pas du côté de la vessie ce qui s'était passé du côté de l'intestin ? Lors de la première crise, j'avais vu le ballonnement du ventre succéder à des coliques très douloureuses ; je voyais maintenant la rétention d'urine succéder à l'incontinence que déterminaient des envies subites et douloureuses aussi d'uriner.

Ce jour-là et le lendemain, je fus obligé de vider trois fois la vessie, dans les 24 heures. Le malade ne rendait plus une seule goutte d'urine spontanément.

Le 24, après le cathétérisme du matin, je prescris un bain de siège et un lavement dans la journée (à 4 heures) ; le malade me dit qu'il croyait avoir uriné en allant à la garde-robe. Il urine devant moi, sans que j'eusse recours à la sonde, mais le soir, à 10 heures, comme il n'y avait pas eu d'urine rendue, je suis obligé de le sonder de nouveau, afin d'assurer la tranquillité de la nuit.

Le lendemain, je le sonde trois fois dans la journée. Il ne peut se tenir sur ses jambes ; cependant, couché, il les fait mouvoir comme il veut, et la sensibilité est intacte partout.

L'impossibilité de marcher et de se tenir debout lui fait croire que sa fin est proche.

Il en parle sans terreur et sans faiblesse, m'expliquant comment il entend que soient réglées ses funérailles, m'annonçant qu'il a pris par écrit toutes ses dispositions et manifestant le désir que son fils soit près de lui à ses derniers moments.

Le 26 : sondé le matin et le soir ; au milieu de la journée, le malade a uriné seul. Il n'y a pas eu de garde-robe, malgré un lavement purgatif.

Le 27, à 8 heures du matin, miction naturelle. Comme il n'y a pas eu de garde-robe, je prescris un nouveau lavement purgatif et de la limonade Rogé en boisson. A 2 heures, il se produit une débâcle vraiment extraordinaire ; un « flux horrible », selon l'expression du malade ; tout a été inondé et souillé ; les vêtements, le tapis, etc. ; les vases ont été remplis plusieurs fois. Mais la miction a continué de se faire naturellement, et l'on peut considérer comme terminé le deuxième acte de cette affection ; il a duré sept jours, le même temps que le premier.

Ils se sont terminés tous les deux de la même façon ; ce qui montre que l'accumulation des matières dans l'intestin n'était pas la cause des coliques qui ont marqué le premier, puisqu'elle n'en a pas produit dans le second.

Le troisième commença dès le lendemain, 28 septembre. La nuit avait été mauvaise ; de vives douleurs s'étaient fait sentir dans la région du foie, surtout à la fin des inspirations profondes, et ces douleurs irradiaient jusqu'à l'épaule droite. Le foie était douloureux à la percussion et paraissait dépasser un peu ses limites normales. Le pouls, très régulier, battait 80, comme les jours précédents.

Je fis, à ma première visite, une application de ventouses sèches sur toute la région hépatique.

Entre parenthèse, j'avais été obligé de faire venir ces ventouses de Lyon. Les pharmaciens d'Aix n'en avaient point, et ceux de mes confrères qui auraient pu m'en prêter étaient tous partis. A cette époque, en 1869, la saison thermale ne se prolongeait pas à beaucoup près aussi tard qu'à présent. L'ouverture de la chasse était le signal du départ de presque tous les étrangers et de la plupart des médecins. A la fin de septembre, il ne restait guère à Aix, avec moi, en fait de médecins, que l'honorable docteur Davat, qui ne quitte jamais le pays. Cela explique une lacune qu'on a dû remarquer au cours de cette observation ; je veux parler de l'absence de relevés thermométriques. J'avais cassé mon petit thermomètre ; j'en demandai à Lyon, en même temps que les ventouses. On m'en envoya un qui n'était point maximé ; je ne pus m'en servir. Je le regrette, mais eussé-je pu noter chaque jour la température que cela n'ajouterait pas grand'chose à l'enseignement des faits que j'expose ici.

Sous l'influence des ventouses, il y eut quelques heures de sommeil. A ma visite du soir, je prescrivis des pilules d'opium et de calomel (àà 0,05 centigr.)

29. — Le malade a mal dormi; les douleurs n'ont pas cessé et ont rendu impossible tout changement de position ; une seule pilule a été prise. Je fais une nouvelle application de ventouses. Le soir de ce jour, le pouls s'élève à 100 pulsations. Le fils de M. Kappel est arrivé plus tôt qu'on ne l'attendait, et sa venue a provoqué chez le malade plus d'émotion qu'il n'en a laissé voir.

Dans la journée du 30, le pouls se maintient à la même hauteur. Depuis hier, le vent du midi souffle en sirocco. Dans les pays alpins, on le désigne sous le nom de Foen et on lui attribue la fonte rapide des glaciers. La température s'est élevée de plusieurs degrés. Est-ce à cette influence qu'il faut rapporter, en partie, l'accélération de la circulation chez mon client ?

Le 1er octobre, je trouve ce dernier plus calme; il se sent mieux ; il a pu s'asseoir seul sur son lit ; les douleurs sont moindres ; le pouls est à 96. — Dans l'après-midi, les battements montent à 115 ; les yeux sont brillants et très animés, mais le malade déclare qu'il a le sentiment d'un mieux être ; il me fait remarquer qu'il croise facilement ses jambes l'une sur l'autre, chose qu'il ne pouvait faire ces jours derniers.

Il demande à manger. Je le revois le soir ; il a sucé seulement un petit morceau de beefsteak et quelques grains de raisin. Le pouls est à 90, très régulier. La miction est tout à fait normale; elle se termine par des contractions franches et peu nombreuses.

2 octobre. — Il a dormi et s'est assis seul sur son lit. Le pouls est à 88. Le malade envisage son état avec calme, et n'a plus la moindre inquiétude. Il ne se préoccupe que de son régime alimentaire. Comme la plupart des Américains et des Anglais, il a une confiance entière dans un grand fournisseur de la rue de la Paix à Paris, et il lui écrit pour qu'il lui nvoie des provisions de bouche, des liqueurs et même du Porer. En attendant, il ne prend que du lait, dans lequel, le ma-'n, on ajoute du café.

Dans l'après-midi, il reçoit la visite de M. le Dr Stewart, son

compatriote, de passage à Aix, et, pour lui faire honneur, il se relève, seul, de son fauteuil.

3 octobre. — Le pouls est à 80. Cependant, le malade se plaint d'avoir mal dormi et d'avoir été agité ; il a lu pendant plusieurs heures. — Le soir, il accuse une douleur assez vive à droite de la poitrine, en arrière, au-dessus de la région du foie. J'applique des ventouses.

Le 4, la douleur de la poitrine a disparu, mais il existe un peu de céphalalgie. Le pouls est à 96.

Les fonctions se font bien ; le foie est rentré dans ses limites physiologiques.

5 octobre. — Le pouls est toujours à 96.

Les douleurs de la tête ont cessé, mais les douleurs de la poitrine sont revenues à droite et en arrière. Dans la journée, le malade, qui se sent de mieux en mieux, encore bien que le pouls persiste à 96, se met debout devant moi, et fait quelques pas en ma présence.

Le 6, le mieux continue.

Le 7, il reçoit la visite d'un autre de ses compatriotes, M. le Dr Ogden ; il se lève et va à sa rencontre dans l'appartement.

Le 8, il déjeune comme à son ordinaire, c'est-à-dire assez copieusement, se promène dans la maison et se déclare guéri. Le pouls est toujours à 96.

Le 9, il sort en voiture ; déjeune et dîne bien, et passe une nuit excellente. Le pouls diminue de fréquence insensiblement et ne revient à son type normal (66-70) qu'au bout de 3 ou 4 jours. M. Keppel a repris toutes ses habitudes, et il part pour la Suisse avec son fils, qui rentre à sa pension. La guérison ne s'est pas démentie.

En somme, la durée de cette troisième et dernière phase de la maladie a été, à très peu de chose près, la même que celle des deux premières.

En 1880, j'eus le regret d'apprendre la mort de M. Keppel. Il avait succombé, cette année même, à une pleurésie, dans son pays, à la Nouvelle-Orléans où il exerçait comme auparavant, la profession d'avocat avec une grande distinction.

Quelque incomplète, dans ses détails, que soit cette observation, peut-être ne la trouvera-t-on pas entièrement dépourvue d'utilité pour la science et d'intérêt pour le lecteur.

Je ne sais s'il en existe d'autres où les localisations successives de l'affection rhumatismale sur des appareils différents aient un caractère aussi manifeste. Il ne paraît pas, en effet, que dans ce cas, l'interprétation puisse être douteuse : la soudaineté du début chez un homme prédisposé ; l'influence constatée des causes ordinaires des manifestations rhumatismales ; la disparition soudaine, et sans qu'il en reste la moindre trace, des accidents en apparence les plus redoutables ; le déplacement de la scène morbide à intervalles sensiblement égaux ; cette scène elle-même, composée principalement, pour ne pas dire uniquement, de l'élément douleur, et ne s'accompagnant que d'une réaction très modérée et, pour ainsi dire, fugace; enfin, les douleurs vagues, erratiques, peu intenses, qui se montrent entre la première et la seconde période, ainsi qu'à la fin de la troisième, etc., etc., ne peuvent, à mon sens, laisser aucun doute sur la nature des accidents qui ont été exposés plus haut. Il s'agit bien d'un rhumatisme, et il ne peut être question d'autre chose. Ni héréditairement, ni par lui-même, M. Keppel n'avait rien de goutteux ; aucune tare organique ni transmise, ni acquise. La seule affection dont il eût eu à souffrir antérieurement à cette époque était, comme nous l'avons vu, une hydarthrose, c'est-à-dire, une manifestation purement rhumatismale.

Je ne crois donc pas qu'il soit nécessaire de justifier le titre de rhumatisme viscéral donné à l'obervation qui précède. La légitimité de cette expression n'est plus guère contestée aujourd'hui. Depuis les célèbres « recherches » de Bouillaud, en 1836 ; depuis la thèse d'agrégation de M. le professeur Ball, sur le « rhumatisme viscéral » en 1866, le mot et la chose ont été définitivement adoptés. Les seules indications bibliographiques des travaux publiés à ce sujet dans ces dernières années prendraient une place considérable, et je n'ai pas à les consigner ici ; on les trouvera dans tous les dictionnaires récents; mais il peut être intéressant de fixer les origines des études auxquelles cette affection a donné lieu. C'est Sydenham qui, le premier, vers 1675, a signalé le rhumatisme interne. Pour se conformer aux habitudes de son temps, il lui a appliqué la dénomination de « scorbutique » qui convient, dit-il, aux maladies qui n'ont point encore de type certain. (*Observations médicales*, sect. VI, chap.

VI.) Voici comment il l'a décrit : « La douleur attaque tantôt une partie du corps, et tantôt un autre ; mais elle n'y cause pas souvent de tumeur, comme dans le rhumatisme ordinaire, et elle n'est pas accompagnée de fièvre ; d'ailleurs, elle n'est pas aussi fixe, mais plus vague et plus inconstante, parce qu'elle est accompagnée de symptômes irréguliers. Quelquefois elle n'occupe que les parties externes, et d'autres fois elle se *jette sur les parties internes*, etc.

La confusion entre les affections scorbutiques et rhumatismales, qui nous semble maintenant fort étrange, persista assez longtemps. On la retrouve, un demi-siècle plus tard, chez un autre clinicien, non moins éminent que Sydenham. Le 1490ᵉ aphorisme de Boerhaeve est ainsi conçu : « Il est un mal très fréquent, qui participe de l'arthritis, de la goutte et du scorbut, et qu'on appelle rhumatisme. » Et dans l'aphorisme suivant, on lit : « .... Ce mal s'empare des jointures de tous les membres, attaque au reste plus fortement les genoux, les lom bes, le coccyx, quelquefois le cerveau, le poumon, les *viscères*, où il produit de vrais tourments, etc. »

Mais je n'ai pas à faire de critique historique et je dois me garder de toucher à la nature des maladies. Sous ce dernier rapport, nous vivons dans un temps fécond en surprises et on ne saurait être, à cet égard, trop réservé.

Dans tout ce que j'ai lu, parmi les divers ouvrages, si nombreux, où il est traité du rhumatisme, je n'ai rien trouvé qui mît en relief la manière de se comporter du rhumatisme viscéral, durant une aussi courte période et aussi nettement que l'observation dont j'ai été témoin. C'est pourquoi j'ai voulu la recommander à l'attention bienveillante du lecteur.

Dʳ Max. Legrand.



REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

DES APPLICATIONS NOUVELLES DE LA THÉRAPEUTIQUE PENDANT L'ANNÉE 1884

(*Suite. — Voir le numéro précédent*)

Bromal (Hydrate de).— L'hydrate de bromal a été employé en Angleterre, comme hypnotique, à la dose de 10 à 15 centigrammes pour remplir les mêmes indications que l'hydrate de chloral.

La formule du bromal est : $C^4 H Br^3 O^2$; la formule du chloral étant : $C^4 H Cl^3 O^2$;

On voit que ces deux corps ne diffèrent que par l'équivalent de brome, qui remplace l'équivalent de chlore.

Très caustique ; dangereux.

L'échantillon que nous avons présenté à la Société nous a été remis par M. Boissy, pharmacien.

Bromoforme. — Le bromoforme a une odeur agréable, un goût douceâtre. Sa formule est $C^2 H Br^3$. Il se dissout difficilement dans l'eau froide, facilement dans l'eau chaude et l'éther. Il produit la narcose, mais à un moindre degré que le chloroforme, sans provoquer de vomissements. La période d'excitation est moins accusée, l'anesthésie est plus durable.

Le Dr Horoch (Société médicale de Vienne, 11 Janvier 1884) a institué une série d'expériences qui prouvent 1° que le bromoforme est un agent anesthésique et hypnotique.

2° que, en prolongeant l'inhalation, on pouvait maintenir, aussi longtemps qu'on le voulait, les animaux endormis, sans crainte de voir survenir des troubles de la respiration ou de la circulation.

Trois opérations furent faites sur des malades anesthésiés par le bromoforme: il ne survint aucun accident fâcheux ni pendant ni après la narcose. (*Lyon médical.*)

Les enfants bromoformés mangent en se réveillant, mais ils s'endorment peu après sans éprouver de malaise.— Ce médicament exerce une action irritante sur les muqueuses conjonctives et laryngo-pharyngiennes.

Une solution à 1 % tue les bactéries.

Bromure d'arsenic. — Ce sel jouit en ce moment en Allemagne et aux Etats-Unis d'une grande faveur, surtout dans le traitement du diabète. En Allemagne, on emploie sous le nom de *liqueur de Clémence*, contenant du bromure d'arsenic, une composition dont l'em-

ploi usuel peut être comparé à celui de la liqueur de Fowler en France.

Nous attendons que nos chimistes nous aient donné la formule vraie et la posologie de ce sel, attendu que le mode de préparation, venant de l'étranger, ne nous présente pas les caractères de rigoureuse exactitude à laquelle nous sommes habitués en France.

La liqueur de Clémence se donne à la dose de 5 à 20 gouttes.

Notre collègue Jolly nous envoie la formule du bromure d'arsenic, qui est As Br^3 : on obtient ce sel en faisant agir l'arsenic sur le brome dissous dans le sulfure de carbone ; les cristaux se forment par l'évaporation du liquide. La proportion est de 10 gr. arsenic pour 32 gr. de brome.

Quant aux doses, il faut attendre pour les fixer, les observations de la clinique ; en tout cas, il ne faut pas oublier que l'on a à faire à un composé d'arsenic et agir avec la plus grande circonspection.

Caféine. — La caféine peut être administrée à l'intérieur, d'après la formule suivante :

Eau distillée..................	300 grammes
Benzoate de soude............	àà 5 grammes.
Caféine.....................	

De 2 à 5 cuillerées à bouche par jour.

Si cette potion n'est pas bien supportée, on peut administrer ce médicament en injections hypodermiques.

La formule précédente et celles qui suivent sont dues à M. Tanret, qui s'est préoccupé de trouver des préparations ne laissant pas déposer de caféine.

Injections hypodermiques :

R. Benzoate de soude..................	3 gram. 40
Caféine..............................	2 gram. 50
Eau distillée........................	5 gram. 40 ou q. s.

pour faire en tout 10 cent. cubes.

Chaque centimètre cube contient 0,25 centigr. de caféine.

Deuxième formule pour injections hypodermiques.

R. Salicylate de soude......... ...	1 gramme 90 cent.
Caféine.......................	2 grammes 50 cent.
Eau distillée.....	5 centim. cubes ou q. s.

pour obtenir 10 cent. cubes. —

Chaque centimètre cube contient 0,25 centigr. de caféine.

Faire cette solution à chaud.

Troisième formule pour injections sous-cutanées :

R. Cinnamite de soude	2 gr.
Caféine.......	2 gr. 50 centigr.
Eau distillée.........................	q. s. pour 10 cent. cubes

Chaque centimètre cube contient 0.25 centigr. de caféine.

Le Dr Dujardin-Beaumetz a démontré à plusieurs reprises la valeur de ce médicament.

Le Dr Huchard rappelle les propriétés toniques, stimulantes et diu-

rétiques de la caféine, qu'il considère comme un excellent cardiaque et un puissant diurétique à hautes doses.

Les injections de caféine abaissent la température dans la fièvre typhoïde, et combattent les phénomènes de dépression générale.

M. Huchard les conseille dans le choléra.

Le Dr Dujardin-Beaumetz, pour éviter les accidents gastriques que provoque souvent ce médicament pris par la bouche, recommande les injections sous-cutanées de caféine, avec la formule suivante :

Benzoate de soude....................	ãã 1 gramme.
Caféine..................................	
Eau distillée........................	3 grammes

Chaque seringue de Pravaz contient 0.25 centigrammes du médicament.

Calcium (sulfite de chaux).— Charles Stidman Bull, professeur d'otologie etc. (*New-York medical Journal*, Décembre 1883) rappelle que Bacon, l'otologiste, se louait de l'emploi du sulfite de chaux dans l'inflammation intense de la membrane du tympan, alors qu'elle prend la forme bombée ; mais son action la plus prompte se manifeste surtout lorsqu'il s'agit d'otite moyenne dans laquelle la purulence s'est déjà déclarée, et *aussi dans les furoncles du conduit auditif externe.*

Dans ces deux affections, le sulfite de chaux enrayera le mouvement inflammatoire et réduira le furoncle à une élevure sèche, ou bien, activant la suppuration, coupera court à la maladie.

Le sulfite de chaux a été employé par les Docteurs Hasted, Austin, Flint, Helmann et Caaldwel dans le diabète sucré. Ils se louent de l'usage de ce médicament combiné avec un régime approprié.

Camphre. — Verser sur du camphre finement pulvérisé de l'eau bouillante, et respirer pendant 10 à 20 minutes les vapeurs qui s'en élèvent ; tel est le traitement du coryza par le Dr Dobson. La guérison s'obtient en deux ou trois séances. La quantité de camphre est environ d'une cuillerée à café par verrée d'eau.

Cannelle.— Contre les douleurs de dents, le *Courrier médical* conseille de mastiquer de l'écorce de cannelle ; la douleur, si l'écorce est de bonne qualité, est immédiatement soulagée, aussi efficacement qu'avec la créosote, l'acide phénique, etc.

Carbonique (Acide). — L'acide carbonique employé en inhalations dans la coqueluche a, suivant le Dr Petit, les plus heureux effets dans la période apyrétique. L'un de nous vous a lu un travail dans lequel il citait la prompte guérison d'une coqueluche, datant de plus de six mois, par l'aspiration de ce gaz produit artificiellement ; depuis, ses expériences se sont multipliées et les résultats les plus heureux ont été obtenus. Les premiers effets de ce traitement sont d'arrêter les vomissements, de modifier la toux, d'en éloigner les accès, d'en atténuer l'intensité et de la rendre moins douloureuse. L'appétit revient rapidement, les digestions sont faciles ; l'état s'améliore promptement et la guérison ne se fait pas attendre. (*Bulletin de Thérapeutique.*)

Cascara amarga. — Depuis quatre ans, le Docteur Frohling, de Mexico, emploie le cascara amarga, écorce d'un arbre de Honduras, appartenant au genre Rubiacées.

L'extrait liquide est donné à la dose de 40 à 50 gouttes dans la syphilis secondaire chez l'adulte. Les symptômes disparaissent assez vite, et l'action tonique du médicament est frappante.

Frohling aurait vu, dans un cas d'iritis spécifique, une amélioration manifeste survenir au bout de trois jours (3 fois par jour, 40 gouttes d'extrait liquide). L'atropine avait été cessée. (*Revue de Thérapeutique médico-chirurg.*)

Cascara sagrada.— Le Docteur Thompson a employé l'extrait de cascara sagrada dans plus de trois cents cas, pour combattre la constipation habituelle. *Cinq centigrammes* d'extrait en consistance pâteuse, combinés avec deux grains d'extrait de Berberis aquifolium, administrés en pilules matin et soir, ont la plus grande efficacité dans les cas de constipation habituelle.

Ce médicament conserve toute son activité, même quand son emploi dure depuis plusieurs mois. (*British medical Journal,* March, 1884.)

Notre collègue Limousin nous apprend que l'écorce de cascara sagrada ou sagrado, sacred bank, écorce sacrée, est fournie par le Rhamnus purshiana (Rhamnées), arbuste de taille moyenne originaire des côtes de l'Océan pacifique.

Le Dr Landowski a constaté les effets laxatifs de la poudre de cette écorce, à la dose de 0,25 centigr. et même son action purgative quand on répète cette dose 3 à 4 fois par jour, à plusieurs heures d'intervalle.

Les médecins américains emploient l'extrait fluide, qui n'a donné de bons résultats, ni entre les mains de Dujardin-Beaumetz, ni entre celles des Docteurs Landowsky, et Eymeri (Thèse inaugurale), car cet extrait fluide est mal toléré par l'estomac.

Cannabine (Tannate de). — Si nous revenons sur ce médicament dont il a été parlé dans le rapport de 1883, c'est que, tout en reconnaissant avec Fronmuller et Pusinelli (de Dresde) ses propriétés hypnotiques dans l'insomnie et dans la neurasthénie, nous en avons fait une autre application. Depuis de longues années, nous nous servions avec succès, dans les pertes de sang post-menstruelles, et dans les règles qui traînent et durent souvent huit, dix et douze jours sans s'arrêter tout à fait, de la teinture de Cannabis Indica, à la dose de 20 gouttes dans un julep gommeux. Le tannate de cannabine remplace avec avantage la teinture de cannabis, et on le donne à la dose de 0,10 à 0,30 centigr. en pilules ; je n'ai jamais dépassé un gramme par jour. C'est donc un hémostatique.

Cantharides. — Il vous a été présenté par notre Président actuel, un vésicatoire nouveau, liquide, et dont les applications sont très faciles. Ce vésicatoire avait été déjà présenté à la Société de Thérapeutique par le Dr Vidal, à la demande duquel il avait été fait pour applications

sur la tête, dans le traitement de la pelade, par exemple. La formule n'avait pas pu être citée; la voici telle que nous l'a remise M. Bidet, pharmacien à Nogent-sur-Marne :

Cantharides...........................	100 grammes
Acide acétique........................	62 gr. 50 cent.
Alcool................................	q. s.

Placer les cantharides dans un vase en cuivre étamé. (*Bulletin et mémoires de la Société de Thérapeutique*, nos des 15 et 30 août 1883.)

Sur l'observation de M. Petit, M. Bidet remplace l'alcool par le chloroforme. Cette teinture fut expérimentée par nous, et nous n'eûmes qu'à nous en louer. Application facile: il suffit, avec un pinceau, d'en étendre une couche sur la peau, dans un espace que l'on peut limiter d'avance, puis la teinture séchée, recouvrir d'une couche d'ouate; vésication prompte et sûre en 4 ou 6 heures; absence de tout appareil, et dans la plus grande partie des cas, pas de retentissement du côté des organes génito-urinaires.

Plusieurs fois, l'acide acétique ayant produit des escharres, l'auteur eut l'idée malheureuse de remplacer l''acide acétique par l'huile de croton ; les douleurs furent très vives ; ce sont des échantillons de cette dernière préparation que les médecins de la Société de Médecine Pratique eurent dans les mains, et qui produisirent de violentes douleurs.

M. Bidet abandonna de suite cette formule pour en revenir à celle-ci: épuiser les cantharides avec q. s. de chloroforme, jusqu'à ce que le liquide passe incolore ; ajouter dans la dissolution q. s. de cire pour empêcher le liquide de couler.

Nous avons retrouvé dans cette teinture tous les avantages que nous avons signalés plus haut ; surtout sa facilité d'application sur les enfants et les personnes timorées, la crainte des escharres étant écartée. Espérant faire disparaître les douleurs vésicales que l'on signalait encore quelquefois, bien que beaucoup plus rarement, nous avons conseillé à M. Bidet d'employer le cantharidate de potasse, et de mêler du camphre à cette solution. Avec cette nouvelle teinture, dans les 15 cas où nous l'avons employée, nous n'avons pas eu une seule fois de ténesme vésical ou de douleurs urétro-vésicales, mais la douleur de la peau, à l'endroit même du badigeonnage, a été assez vive pour nous engager à revenir à la solution simple de cantharides dans le chloroforme. Notre collègue Champigny nous a lu, à ce propos, un très remarquable travail sur les vésicants, leur préparation, leur mode d'application, etc. Nous ne devons pas oublier le travail de notre collègue Delpech sur le cantharidate de potasse.

Cathartiques (de l'administration sous-cutanée des).— Le docteur N. Hiller a fait des recherches pour savoir si on pouvait administrer des cathartiques par la voie hypodermique, et produire ainsi des évacuations alvines. Dans ses nombreuses expériences, il n'a pas trouvé

un seul médicament dont il puisse recommander l'emploi sous-cutané, pour produire sûrement et sans douleurs l'évacuation intestinale.

Nous nous bornons à signaler ces recherches, sans en donner les détails ; nous espérons que les expériences ultérieures amèneront des résultats utiles.

Carmedick. — Plante très commune au Cap, appartenant à la famille des Composées, et que l'on rapproche botaniquement du Carthamus tinctorius. Les indigènes l'emploient dans leur médecine rudimentaire ; son infusion légèrement aromatique dépasse en amertume et probablement en propriétés toniques, tous les amers utilisés : la camomille, le colombo, le quassia, la gentiane.

La grande quantité de tannin qu'il contient, doit empêcher son association aux sels de fer. (*Union médicale*, Mai 1884.)

Cayapona globulosa.—Cucurbitacée du Brésil, dont les fruits sont purgatifs et drastiques, comme la coloquinte. Son alcaloïde, la cayaponine, purge fortement à la dose de 0,006 milligrammes.

L'injection sous-cutanée est irritante. Sans action purgative. (Delpech.)

Cerium (Oxalate et Valérianate de). — L'oxalate est une poudre d'un blanc gris, insoluble dans l'alcool et dans l'éther : de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 par jour (Dr Simpson).

Votre rapporteur l'a employé contre les vomissements nerveux, et en particulier contre ceux de l'hystérie.

Le Dr Blondeau se loue du valérianate de cérium dans les vomissements de la grossesse, à la dose de 0 gr. 10 centigrammes avant le repas. (*Société médicale de l'Elysée et Société de Thérapeutique.*)

Si l'emploi de ces sels est connu en obstétrique, il n'est cependant pas encore dans la pratique courante.

Chaulmoogra (Huile de).—Le Docteur Marsh (*Therapeutic Gazette*, 5 Janvier 1884) a employé, dans un cas d'eczéma pustuleux datant de cinq ans, l'huile de chaulmoogra, en badigeonnages abondants, deux fois par jour et un traitement tonique interne. Au bout de cinq semaines, l'éruption avait complètement disparu, laissant la peau douce et flexible. L'huile est extraite des semences du Gynocardia odorata, grand arbre de l'Inde, famille des Bisaxées. Les indigènes l'emploient contre les maladies de peau, les scrofules, la lèpre, la syphilis, à l'intérieur de 30 à 40 centigrammes, deux fois par jour ; pour les enfants, 3 gouttes mêlées à du lait ou à de l'huile de foie de morue.

Le Docteur Vidal, de St-Louis, se sert de l'huile de Chaulmoogra pour favoriser la disparition des tubercules ; on l'emploie pure ou incorporée à une pommade :

Huile de chaulmoogra........................	2 parties
Vaseline..................................	5 —
Paraffine..................................	1 —

Du reste, la pratique de ces deux médecins a été inspirée par l'usage journalier de cette huile dans les pays chauds, île de la Réunion, île

Maurice, etc., contre la lèpre, surtout dans les formes tuberculeuse et anesthésique. Dans les plaies phagédéniques, ce médicament donne une guérison rapide.

Au traitement interne aux doses indiquées plus haut, on ajoute le pansement des plaies avec l'huile pure. Certains médecins arrivent progressivement à la dose de 3 à 5 grammes par jour ; mais ces doses ne doivent être abordées que dans les cas graves. Pendant le traitement, on doit soutenir les forces du malade par une nourriture substantielle. L'aubergine, la viande de porc, la viande salée, sont rigousement proscrites.

Chimaphille (Chimaphilla corymbosa).— Diurétique en décocté et extrait, de 0,05 centigr. à 2 grammes (Delpech).

Chimaphilla umbellata (Pyrola umbellata, Pyrolacées) connue sous le nom de Winter Green (verdure d'hiver) ou de Pipsissena (herbe à pisser) croît surtout dans les terres de bruyère. Toutes les parties de la plante sont actives ; M. Samuel Fairbarsh a trouvé dans les feuilles : de la gomme, de l'amidon, du sucre, de l'extractif, de la résine, du tannin, de l'acide pectique, de la matière grasse, de la chlorophylle, une matière particulière qu'il nomme *chimaphillin*, du lignin et des matières anorganiques : potasse, chaux, magnésie, chlorure de sodium, acides phosphorique, sulfurique, silicique, etc.

Le principe actif semble résider dans la résine.

Le Dr Sommerville (5e *volume, transactions médico-chirurg. London*) recommande cette plante comme diurétique, astringente, dans le rhumatisme, les affections néphrétiques, l'hydropisie accompagnée de désordres digestifs et de débilité générale.

La décoction est la préparation la plus usitée (10 grammes pour un litre). Elle peut se prendre à la dose de 500 grammes en 24 heures. L'extrait aqueux peut être administré à la dose de 1 gram. 30 cent. à 2 grammes, quatre fois par jour.

Chrysophanique (acide).—Employé contre les affections de la peau, surtout contre le psoriasis, en applications locales. Cette substance, n'ayant pas seulement manifesté son action curative aux points d'application, mais, après avoir été résorbée, ayant modifié de la manière la plus évidente, des régions qui n'avaient pas été en contact avec le topique, le Dr Stocquart eut l'idée d'administrer ce médicament à l'intérieur et par voie hypodermique. La dose injectée sous la peau n'a pas dépassé de 1/8 de milligramme à 1 centigr. Le nombre des injections n'a jamais dépassé deux ; la guérison a été rapide, mais en injections sous-cutanées, il produit souvent des abcès ; on réservera donc ce moyen pour les cas absolument rebelles, et on ne l'emploiera qu'avec une extrême prudence. A l'intérieur, l'acide est donné en pilules à 0,01 centigr. aux enfants, 0,03 centigr. aux adultes. Votre commission a pensé qu'il n'y avait pas entre ces deux doses un écart suffisant, et que si la dose des adultes est assez forte, celle des enfants l'est beaucoup trop, il n'y a pas de proportion gardée. Ce médicament a été

administré soit à l'intérieur, soit en injections hypodermiques, dans l'acné, l'eczéma, l'ecthyma, l'impétigo, le lichen, le pityriasis, le prurigo, le psoriasis, l'urticaire. (*Annales de dermatologie*, 1884.)

Chloranodyne. — La Chloranodyne est un médicament complexe dont voici la formule : Chlorhydrate de morphine, 0 gr.60 cent ; Teinture de Cannabis indica, 3 gr. 00 ; Chloroforme, 13 gr. 50 ; huile de pippermint, 0 gr. 25 cent. ; Teinture de capsicum, 0 gr. 25 ; acide cyanhydrique médicinal 1 gr. 70 ; alcool, 30 gr. 00 ; glycérine, 50 gr.70.

La Chloranodyne réussit dans les diarrhées rebelles, le choléra, les névralgies, les accès de toux de la rougeole et de la coqueluche.

Un des avantages de ce médicament est de produire l'effet narcotique maximum avec la dose minima de morphine ; ainsi, avec cette préparation, 8 milligrammes de chlorhydrate de morphine produisent le même effet que 30 milligr. de morphine seule.

Le n° 7 (Juillet 1884) du *Répertoire de Pharmacie* dans lequel je copie cet article, ne donne ni la dose, ni la manière d'administrer ce médicament.

Cinchonidine. — Le sulfate de cinchonidine a été étudié par le Dr Martin, médecin major, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Rennes. Voici les conclusions de son mémoire :

Les deux grands reproches à faire à ce médicament sont :

1° La variabilité extrême de son action chez l'homme sain comme chez l'homme malade ;

2° La facilité avec laquelle il peut provoquer des accidents toxiques à des doses qui paraîtraient souvent nécessaires, au point de vue thérapeutique.

Ce médicament peut être sans inconvénient employé au traitement des fièvres paludéennes bénignes, surtout à forme tierce ; vu l'inégalité de son action, il serait imprudent de compter sur lui dans des cas graves.

Il doit s'employer à des doses doubles du sulfate de quinine, mais il y aurait imprudence à dépasser 2 grammes, fait qui seul suffirait à le faire exclure du traitement des accès pernicieux et des fièvres graves.

Enfin, la cinchonidine a eu peu d'action sur diverses manifestations paludéennes, telles que céphalée, névralgie, qui ont cédé ultérieurement soit à d'autres médications, soit simplement à des soins hygiéniques.

(*A suivre.*)



FORMULAIRE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Sinapismes et rigolots.

Nous n'avons pas l'intention de déprécier la valeur médicale des rigolots, mais nous constatons qu'ils ne doivent pas, dans certains cas, remplacer les sinapismes faits avec de la moutarde réduite en poudre. Dans une congestion cérébrale, le rigolot peut être prescrit parce que son action, qui est vive et brûlante, peut réagir sur le système nerveux; tandis que le sinapisme échauffe d'abord la partie où il est placé, que son effet ne se fait sentir que peu à peu, que la rubéfaction produite n'est pas de la même nature que celle du rigolot.

Nous connaissons des personnes chez lesquelles le rigolot occasionne des syncopes, tandis que le sinapisme ne produit pas le même accident.

Comessati.— Traitement de la gale.

L'auteur recommande le procédé suivant, comme étant d'un emploi très facile, d'une action très sûre et ne présentant pas les inconvénients des autres traitements.

Dans un litre d'eau, on dissout 200 grammes d'hyposulfite de soude et on opère des lotions sur tout le corps, avec cette solution, en se couchant.

Le lendemain matin, on opère un nouveau lavage du corps avec de l'eau renfermant 50 grammes d'acide chlorhydrique par litre.

L'explication de ce traitement est facile: il se dépose dans les pores de la peau du soufre à l'état très divisé et qui y reste longtemps. Il se forme aussi de l'acide sulfureux et du chlorure de sodium. Tous les produits de la réaction sont toxiques pour l'acarus. L'auteur a obtenu les résultats les plus satisfaisants de ce traitement qui n'a pas besoin d'être répété. (*Pharmac. Zeitung*, XXIX, 1884, 741.)

M. Boymond.

Un mot sur le salicylate de soude.

On lit dans le *Scalpel* : « Si l'on tenait compte des résultats de l'emploi du salicylate de soude chez la femme, il serait prudent de s'abstenir de son usage pendant la grossesse si l'on voulait éviter l'avortement. Sabatowski et Ballette ont vu ce médicament provoquer les règles, les prolonger et amener des métrorrhagies. Cette action s'explique aisément, puisque les personnes qui ont usé longtemps de ce médicament sont sujettes aux épistaxis et autres hémorrhagies viscérales.

Stanislas Martin.

Traitement du spina bifida par la ligature élastique.

Turetta a soigné un enfant de deux mois ayant une tumeur située sur la ligne médiane, du volume d'une petite pomme et au niveau des deux dernières vertèbres cervicales. Elle était rattachée par un pédicule d'un doigt et demi de circonférence.

La tumeur était molle et fluctuante, elle diminuait par une forte pression, arrachant des cris à l'enfant et occasionnant de légères convulsions dans les membres. Il n'y avait pas d'autre difformité, ni d'autre paralysie. Une ponction exploratrice donna issue à un liquide clair, transparent, à réaction alcaline; la tumeur diminua et l'orifice fut fermé avec du collodion iodoformé. Au bout de douze heures, la tumeur s'était reproduite. Elle fut à moitié vidée de la même façon et le pédicule serré par deux tours de ligature élastique. Au moment où la constriction s'exerça, l'enfant se mit à crier, devint livide, des mouvements cloniques survinrent; au bout de peu d'heures il prit le sein et reposa. Le 6e jour il y eut des vomissements avec tendance au coma, des contractions des membres supérieurs, mais qui ne réapparurent pas. La ligature tomba le 12e jour et la plaie fut guérie e 27e jour. (*Giornale di clinica e Terapia di Messina* et *Archives of Pediatrics*, 15 août 1884.)

G. Yvon.

VARIÉTÉS

Congrès français de chirurgie. — La première session du Congrès aura lieu à Paris, du 6 au 12 avril. Les séances auront lieu à l'Ecole de médecine de 9 h. 1/2 du matin à midi, et de 3 heures à 6 heures. Voici l'ordre des séances : Lundi, 6 avril, à 9 h. 1/2, à l'Ecole de médecine (petit amphithéâtre), séance d'organisation. A 3 heures, séance d'inauguration (grand amphithéâtre.—Mardi, 7 avril, à 9 h. 1/2 du matin, Etiologie et pathogénie des infections chirurgicales. A 3 heures : Questions diverses. — Mercredi, 8 avril, à 9 h. 1/2 du matin : Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale. A 3 heures : Questions diverses.—Jeudi, 9 avril, à 9 h. 1/2 du matin : Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne. A 3 heures, Questions diverses.—Vendredi, 10 avril, à 9 h. 1/2: Cure des abcès froids. A 3 heures : Questions diverses.— Samedi, 11 avril, à 9 h. 1/2: Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen. A 3 heures : Questions diverses et séance de clôture.

Maladies des yeux. — M. le Dr Gillet de Grandmont commencera son cours d'Ophtalmologie (médecine opératoire, exercice pratique) le vendredi 17 avril à 8 heures du soir à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 3, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Institut de France. — Sir James Paget a été nommé membre correspondant de l'Académie des sciences, dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Bouisson.

Conseil municipal de Paris. — Dans sa séance de vendredi dernier, le conseil municipal de Paris a voté un ordre du jour par lequel il demande l'ouverture, cette année, d'un concours pour la nomination de trois pharmaciens en chef dans les hôpitaux Cochin, des Enfants-Assistés et de Berck-sur-Mer.

— Le nombre des médecins au conseil municipal n'aura pas changé. M. Deschamps, dont l'élection avait été annulée vient d'être réélu par le quartier de la Sorbonne, et M. le Dr Navarre,a été élu dimanche dans le quartier de la Gare, en remplacement de M. le Dr Georges Martin, élu sénateur.

On annonce que parmi les douze hommes de l'équipage qui ont disparu dans le naufrage de l'Oise à Tamatave, se trouve M. le médecin de marine de 2e classe Pozzo di Borgo.

— Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du XIVe arrondissement que, le jeudi 23 avril 1885, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. Le 10 avril 1885, aura lieu l'élection d'un médecin pour le XVIIe arrondissement.
Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 *mars* 1885.— Présidence de M. G. Bergeron.

Renseignements sur les épidémies de fièvre typhoïde et de choléra à Paris. — M. Durand-Claye, ingénieur, présente un grand nombre de tableaux, montrant la marche des épidémies de choléra et de fièvre typhoïde dans Paris, dans les vingt arrondissements, dans les quatre-vingts quartiers, aux diverses époques. Il montre également des plans de Paris, sur lesquels une teinte plus ou moins foncée indique les quartiers dans lesquels l'épidémie a sévi avec le plus d'intensité. D'autres tableaux indiquent les rapports de l'épidémie avec les vents, la pluie, la température et les eaux de consommation. M. Durand-Claye ne veut tirer aucune conclusion et tient seulement à apporter des documents que l'on pourra consulter.

Sur le micro-organisme du rhinosclérome. — M. Cornil. On appelle ainsi l'épaississement sous forme de plaques et de tumeurs qui siège dans la cloison des fosses nasales, la lèvre supérieure, les narines, envahit l'arrière-cavité des fosses nasales, le pharynx, le larynx et nécessite quelquefois la trachéotomie.

M. Cornil cite l'observation d'un malade envoyé de l'Amérique du sud à Paris pour être soigné par Verneuil. Le diagnostic du rhinosclérome fut fait par un médecin de l'hôpital Saint-Louis. La ructure de ces tumeurs est décrite partout et bien connue. M. ɔrnil veut seulement insister sur la présence des micro-organismes dans ces tumeurs. Les bactéries trouvées dans tous les rhinosléromes présentent un aspect et une structure qui leur est propre ;

ces bactéries présentent une capsule dure et aucune autre bactérie pathologique n'est capsulée.

De l'influence des pansements antiseptiques sur l'érysipèle et la fièvre puerpérale. — M. Le Fort. La diminution de la mortalité par l'érysipèle et de la gravité de cette maladie a été attribuée par MM. A. Guérin, Verneuil et Polaillon à l'influence des pansements antiseptiques. Cela est peut-être vrai pour eux, mais cela n'est vrai pour M. Le Fort qui six ans auparavant était arrivé aux mêmes résultats en se basant sur des théories toutes différentes et qui lui sont personnelles. Il y a quinze ans, le 31 mai 1870, M. Le Fort a déjà fait connaître à l'Académie les résultats que lui avait donnés le pansement à l'eau, le pansement par balnéation continue. Depuis cette époque M. Le Fort a eu fort peu d'érysipèles.

M. Lister n'a jamais eu en vue d'arrêter par le pansement antiseptique le développement de l'infection purulente. M. Verneuil ne peut pas se baser sur la pratique de M. Lister pour appuyer ses opinions car les deux chirurgiens ont les moyens les plus différents de faire leurs pansements. M. Lister cherche constamment la réunion par première intention, M. Verneuil cherche à l'éviter autant que possible.

M. Le Fort rappelle deux cas d'érysipèles survenus chez des malades absoluments isolés et sans apparence aucune de contagion. M. Verneuil attribue aux germes la naissance de ces érysipèles isolés, mais les érysipèles sont fort différents les uns des autres ; y a-t-il un germe particulier pour chaque érysipèle, ou bien la différence tient-elle à la différence du terrain ?

On sait que l'érysipèle se montre de préférence dans certaines conditions, lorsque le pansement est sec et frotte sur la plaie, lorsqu'on expose les parties à l'air ; c'est l'application du diachylon sur une plaie fraîche, une exploration intempestive avec un stylet, une simple incision avec l'instrument tranchant.

Nous ne savons pas encore par quel phénomène intime naît l'érysipèle, mais nous savons dans quelles conditions il naît et se propage, et c'est là une précieuse conquête. Les théories nouvelles ont eu une importance considérable, non seulement pour le chirurgien mais aussi pour le médecin et même pour l'humanité tout entière. Ces fléaux, qui paraissaient antrefois une manifestation de la colère divine commencent à être mieux connus. On sait maintenant que ces maladies sont contagieuses, on sait par des mesures collectives ou internationnales, arrêter leur marche et préserver les peuples et les individus.

Ablation d'une volumineuse tumeur encéphaloïde du rein droit. Guérison — *M. Péan* présente une malade de 36 ans, à laquelle il a enlevé une tumeur encéphaloïde du rein droit; la tumeur avait le volume d'une grossesse de neuf mois. Cette femme avait vu un assez grand nombre de chirurgiens de Paris et de l'étranger qui avaient considéré l'opération comme impossible. M. Péan fit l'ablation de la tumeur par la voie abdominale. Il fallut sectionner le mésentère, écarter les anses intestinales; M. Péan l'enleva par morcellement d'après un procédé qu'il a autrefois décrit; il put arriver ainsi jusqu'au pédicule de la tumeur. Cette dissection dura près d'une heure et demie. La guérison fut obtenue rapidement et sans complication.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 mars 1885. — Présidence de M. Horteloup.

Etranglement interne. — M. Terrier fait un rapport sur une communication de M. Jeannel (de Bordeaux). Il s'agit d'un cas d'occlusion intestinale par bride, dans lequel, après avoir vainement tout essayé, M. Jeannel se décida à pratiquer la laparotomie. Après bien des difficultés (l'opération dura deux heures), il trouva une longue bride qu'il sectionna, referma le ventre, et obtint une guérison malgré la longue durée de l'opération et une pneumonie survenue quelques jours après.

M. Terrier, à l'occasion de ce fait, rapporte l'observation suivante : Un homme de cinquante-huit ans, surmené par ses affaires, atteint d'une constipation opiniâtre, avait depuis une quinzaine d'années, des crises de coliques sans vomissements. Le 25 mars, à neuf heures du soir, cet homme, qui avait mal digéré son dîner, est pris de violentes coliques avec exacerbations et de vomissements alimentaires. Ces douleurs vont toujours en augmentant jusqu'à cinq heures du matin, où elles atteignent leur maximum et s'accompagnent de crampes ; la peau devient fraîche ; le malade se refroidit de plus en plus jusqu'à huit heures du matin ; la température tombe à 36 degrés ; le facies devient grippé ; il y a des vomissements continuels. Un lavement purgatif et un bain restent sans effet ; à dix heures du matin, premier vomissement d'odeur fécaloïde : le faciès devient de plus en plus grippé, le refroidissement persiste, il y a de l'anurie. M. Terrier n'hésite pas à porter le diagnostic d'étranglement interne. A quatre heures, il pratique la laparotomie : précautions antiseptiques, incision sur la ligne médiane, résection de l'épiploon ; on arrive sur une anse intestinale distendue, d'un rouge vif ; on trouve une bride, on la sectionne ; l'anse est libérée ; on referme le ventre. Le malade continue à éprouver des douleurs abdominales sourdes, la température s'élève à 37 degrés ; il y a des symptômes de péritonite ; il meurt à six heures du soir.

M. Terrier insiste, dans ce cas, sur la marche suraiguë des accidents, cet homme étant mort quarante-quatre heures après le début de ces accidents, et vingt-six heures après l'opération. Celle-ci n'a pas duré plus de vingt minutes et n'a pas présenté de difficultés particulières.

En terminant, M. Terrier reproche à M. Jeannel d'avoir donné une purgation, alors qu'il était certain de l'existence d'un étranglement, et avoir attribué l'abaissement de la température, chez son malade, à l'administration de lavements phéniqués.

M. Berger, en raison de la difficulté du diagnostic et de la gravité de l'intervention dans les cas d'occlusion intestinale, admet qu'on puisse

avoir de grandes hésitations avant d'opérer. Il a eu à intervenir dans quatre cas de ce genre. Dans les trois premiers cas, il s'était trouvé devant les symptômes d'un étranglement interne avec bride ; or, dans le premier fait, il s'agissait d'un cancer de l'intestin. M. Berger se contenta de faire un anus contre nature ; le malade succomba. Dans les deux autres cas, il s'agissait d'étranglement diverticulaire, sans bride. Tous deux se terminèrent également par la mort. En résumé, ces trois cas d'occlusion intestinale ont été rapidement mortels.

M. Le Fort ne partage pas l'opinion de M. Berger et préfère la laparotomie, qui peut permettre d'obtenir une guérison définitive, à l'entérotomie, dont l'histoire n'est qu'un long martyrologe.

Il a dû intervenir dans plusieurs cas : à l'hôpital Cochin, sur un malade du service de M. Bucquoy, il avait diagnostiqué un étranglement interne par bride ; il fit la laparotomie et reconnut qu'il s'agissait d'un cancer ; dans un deuxième cas, il s'agissait d'une péritonite suppurée ; dans un troisième cas, il dut sortir une assez grande partie de l'intestin avant de trouver l'obstacle. L'ayant enfin trouvé, il le supprima et la malade a très bien guéri. Voilà ce que ne donne pas l'entérotomie.

M. Monod est intervenu deux fois à l'hôpital et a eu deux morts. Toutefois, tous les cas ne se terminent pas par la mort. Il cite un travail allemand, portant sur 190 cas. Sur ce nombre, la mortalité est de 62,4 p. 100. Après l'introduction des pansements antiseptiques, elle n'est plus que de 59 p. 100. Mais, pour obtenir des succès, il importe d'opérer de bonne heure.

Redressement du genu valgum. — M. Le Fort présente un appareil de redressement pour le genu valgum. Partisan de l'ostéoclasie pour l'adulte, il pense que, chez l'enfant, il est possible d'obtenir de bons résultats avec les appareils. Il a guéri de cette façon, en quatre mois, un enfant, en lui appliquant un cuissard plâtré dans lequel on introduit une longue attelle en bois qui, au niveau du pied, se trouve, par le fait même de l'affection, éloigné de celui-ci. Il l'en rapprochait à l'aide de bandes roulées. Enfin il a également guéri un jeune homme de dix-huit ans à l'aide d'un appareil redresseur permettant la marche.

Occlusion intestinale. — M. Auffret (de Brest) lit un mémoire sur l'occlusion intestinale et les moyens d'y remédier. Ce mémoire s'appuie sur huit observations personnelles. Il est renvoyé à une commission composée de MM. Berger, Bouilly et Tillaux.

Résection de la clavicule. — M. Polaillon présente un jeune garçon de dix-sept ans, chez lequel il a, le 29 janvier, enlevé les trois quarts de la clavicule pour un sarcome de l'extrémité externe de cet os. Ce malade, aujourd'hui guéri, jouit de presque tous les mouvements de son bras.

Corps étrangers intra-articulaires. — M. Tillaux présente deux gros calculs qu'il a extraits du genou d'un homme de cinquante ans. L'un de ces calculs a la forme et le volume d'une petite rotule, l'autre d'une amande. L'opération a été faite à ciel ouvert. Ces corps étrangers dataient de quatorze ans. Aujourd'hui ce malade peut être considéré comme guéri.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

226. — A céder bonne et ancienne clientèle en pleine activité, à 4 kilomètres d'un important chef-lieu de canton, dans la Charente-Inf. ; — s'adresser au bureau du journal.

220. — Clientèle à céder pour cause de maladie dans une ville de l'Eure. Rapport de 10 à 14.000 fr. ; — s'adresser au bureau du journal.

182. — A céder clientèle médicale à Paris, quartier populeux. Recettes minimum 12.000 fr. Continuation de bail; — s'adresser 115, rue du Château, Paris.

181. — Bon poste médical à prendre dans un chef-lieu de canton de la Nièvre, sur une ligne de chemin de fer. Pas de pharmacien; — s'adresser au bureau du jounal.

180. — Tres bon poste médical à prendre de suite dans le Puy-de-Dôme, d'un rapport annuel de 6 à 7,000 fr. environ; — s'adresser pour renseignements à M. le maire de Mauzun, par Billom.

179. — Un confrère, ancien médecin militaire, désirerait un poste auquel seraient attachés quelques émoluments fixes; — s'adresser au bureau du journal.

178. — A céder à 1 heure 1/3 de Paris, bonne clientèle médicale. Pas de concurrents, pas de pharmacien. Recette de l'année dernière: 7,800. Conditions très avantageuses ; — s'adresser au bureau du journal.

177. — La commune de Becon (Maine-et-Loire), bourg de 2 000 habitants, demande un docteur en medecine. La clientèle peut s'étendre à 6 communes voisines a populations denses dont Bécon est le centre. Pas de docteur dans le canton ; — s'adresser au maire de Bécon.

176. — A céder de suite à Olonzac (Hérault), excellente et riche clientèle médicale d'un rapport de 15 a 17,000 francs ; — s'adresser au Dr Rouquette, à Olonzac.

175. — Un pharmacien, marié, sans enfants, désire trouver une gérance ou une occupation quelconque se rattachant à sa profession.

173. — On demande un médecin pour une localité d'un département de la zone parisienne; — s'adresser au Dr Paillot, à Noyers-sur-Sereins (Yonne).

172. — A céder, pour cause de santé, à Herblay (Seine-et-Oise), une excellente situation médicale ; — s'adresser à M. Lemaire, médecin à Herblay où a M. Preud'homme, pharmacien, 29, rue St-Denis, Paris.

171. — On demande un jeune Docteur à St-Julien-du-Sault (Yonne), chef-lieu de canton, à 132 kil. de Paris. Station du chemin de fer P.-L.-M. Clientèle à prendre de suite et gratuitement ; — s'adresser au maire de St-Julien-du-Sault.

170. — Un Docteur de la Faculté de Paris, licencié ès sciences naturelles, âgé de 30 ans, ayant exercé la médecine pendant trois ans, désire faire des remplacements ; — s'adresser au [bu]reau du journal.

169. — A prendre gratuitement, à Thiron, [pos]te médical. Installation agréable. Hôpital en [con]struction. 9000 fr. touchés en 15 mois, plus fixe de 1000 fr.; — s'adresser au Dr Lefebvre, [à] Thiron (Eure-et-Loir).

168. — Excellent poste médical à prendre de suite à Fervaques (Calvados) ; — s'adresser au maire.

167. — Un jeune docteur, forcé par des raisons de famille de quitter Paris, désire céder sa situation médicale déjà bonne; — s'adresser à M. Tabournel, 19, rue Gosselin, Paris.

166. — A céder de suite pour cause de maladie, clientèle d'un produit de 17 à 20,000 fr. touchés, située dans un pays riche à 3 heures de Paris. Conditions très avantageuses ; — s'adresser au Dr Vrain, 19, rue Monge, Paris.

165. — Excellent poste médical à prendre de suite au Buis-les-Baronnies (Drôme) ; — s'adresser au maire.

164. — A céder de suite, à Paris, clientèle médicale et mobilier, ensemble ou séparément ; — s'adresser à M. Cousin, 89, rue de Grenelle-Saint-Germain.

163. — Un confrère possédant un vaste immeuble dans la banlieue de Paris désirerait s'associer à un autre confrere pour y installer une maison de santé ; s'adresser au bureau du journal.

162. — Bonne clientèle médicale à prendre de suite à Mourmelon-le-Grand (Marne). La commune accorde une subvention annuelle 1.500 fr. ; — s'adresser au maire.

161. — Excellent poste médical pour un jeune docteur est vacant dans une des principales villes de la Corrèze ; — s'adresser au maire de Bort.

160. — Pour cause de départ, excellent poste médical à céder dans les Basses-Pyrénées Situation balnéaire très fréquentée. *Saison d'été et saison d'hiver*. Rapport assuré 10.000 fr., fixe 2.500 fr. ; — s'adresser à M. Ant. Charvet, 43, boulevard Voltaire, Paris.

159. — Clientèle médicale à céder a des conditions très avantageuses, dans une des plus riches communes d'Indre-et-Loire ; — s'adresser au bureau du journal.

218. — La commune de Vitry-aux-Loges, 1.550 habitants, canton de Châteauneuf-sur-Loire, ligne d'Orléans a Châlons, demande un médecin. Subvention annuelle 600 fr Recett assurée 5 à 6.000 fr. ; — s'adresser au Maire.

157. — A prendre de suite, pour cause de depart, une clientèle médicale dans un chef-lie de canton de l'Aube. Produit 7.000 fr ; — s'adresser au docteur Compérat, à Aix en-Othe (Aube).

156. — Poste médical à prendre de suite, à Sainte-Sévère (Indre) ; — s'adresser au maire de Saint-Sévère.

155. — A céder de suite, dans Loir-et-Cher, bon poste médical d'un produit moyen de 12 a 15.000 fr Condition : prendre la suite du bail et s'adresser. au docteur Brochard, à Herbaul (Loir-et-Cher).

154. — Excellent poste médical à prendre de suite dans la Sarthe; s'adres. au bur. du journal.

152. — Poste médical à prendre dans Tarn-et-Garonne. Il est alloué un fixe de 1.000 fr. ; s'adresser au bureau du journal.

Voir la suite des vacances médicales, p. 592

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE : ÉLECTION D'UN MEMBRE CORRESPONDANT NATIONAL ; RAPPORT ANNUEL SUR LES EAUX MINÉRALES ; COMMUNICATIONS DE MM. VASLIN (D'ANGERS) ET VIARD (DE MONTBARD).

L'Académie vient de justifier le dicton d'après lequel tout le monde a plus d'esprit qu'un seul. Nous avons dit dans le dernier numéro qu'elle avait demandé l'adjonction de M. Oré (de Bordeaux) sur la liste que lui présentait le rapporteur de la Commission d'élection. Or, comme nous le faisions prévoir, c'est M. Oré qui l'a emporté, à une grande majorité, et au premier tour de scrutin, sur ses trois concurrents.

On a eu beau donner cette élection en guise d'intermède pendant la lecture du rapport du professeur Gautier sur le service des eaux minérales pour l'année 1883, ce rapport n'en a pas paru beaucoup plus court. Il faut cependant rendre cette justice à l'auteur qu'il a marqué ce travail d'un cachet personnel et

FEUILLETON

L'ODEUR DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME (1)

Le mucus vaginal a normalement une odeur fade et caractéristique, qui devient forte aux périodes d'invasion des règles : c'est l'*odor di femina*, l'odeur du rut, qui, pour les animaux, est l'un des principaux facteurs de l'accouplement. Les odorats fins sentent parfaitement les femmes cataméniées.

Les affections morales exercent sur la sécrétion du mucus une influence analogue à celle que nous signalons pour la peau. Hagendornius (*Hist. méd.* cent. II, hist. 87) cite le fait d'une femme qui, à la suite d'une peur violente, fut prise d'une leucorrhée si fétide qu'elle causa la plus grande répugnance à l'une de ses amies. Le coït, et surtout l'onanisme, exaltent sensiblement l'odeur du mucus vaginal. Il en est de même de certaines maladies générales, du diabète notamment.

Le smegma vaginal posssède une odeur spéciale bien différente

(1) Extrait d'un ouvrage intitulé : *Les odeurs du corps humain dans l'état de santé et dans l'état de maladie* dont l'auteur, le Dr Monin, a bien voulu nous communiquer les bonnes feuilles. Un volume in-18. Carré, éditeur.

qu'il s'est mis en frais de considérations générales très élevées sur la formation des eaux minérales. A ce propos, l'honorable rapporteur regrette, si nous avons bien entendu, que les médecins des stations thermales ne soient pas, en général, meilleurs géologues, parce que leurs travaux y gagneraient en intérêt. M. Gautier a parfaitement raison : prêchant même d'exemple, il a montré, en effet, quelle haute tournure scientifique on pouvait donner à un rapport officiel en y parlant de la théorie des volcans dans ses rapports avec les eaux minérales. Mais la grande majorité de l'assistance aurait pu, à son tour, exprimer le regret qu'un rapport sur les eaux minérales présenté au nom de l'Académie de Médecine fût si pauvre en considérations thérapeutiques. A cela le professeur Gautier pourrait répondre qu'étant simplement chimiste, il lui est permis de n'avoir qu'une compétence discrète en thérapeutique. La conclusion se déduit d'elle-même et sans autre commentaire.

Signalons encore à l'actif de cette séance deux communications faites par des confrères de la province, l'une de M. Vaslin (d'Angers), sur une opération d'ostéosarcome du fémur, suivie de succès, sur un homme de 72 ans, et l'autre par M. Viard (de Montbard), sur le traitement de l'angine couenneuse par les cautérisations.

---

de celle du smegma préputial : on l'a comparée assez justement au suif fermenté, à la graisse rance.

Le sang menstruel a toujours une odeur particulière, mais bien peu marquée. Le Docteur Wiltshire, accoucheur de St-Mary's hospital, décrit (*Med. Times*, novembre 82), la *bromoménorrhée*, menstruation fétide, dont il signale la fréquence dans la chlorose, dans les altérations organiques du sang, diabète, albuminurie, etc. Il attribue cette infirmité à une décomposition chimique de l'hémoglobine et dit avoir constamment observé que les vomissements sanguins des femmes sujettes aux hématémèses, prennent l'odeur spéciale du sang menstruel dans la bromoménorrhée. Nous croyons assez volontiers que cette affection *nouvelle* (?) est due simplement à des caillots retenus par sténose de l'orifice utérin, ou bien à des débris polypeux, papillomateux. Enfin, il faut bien se souvenir que, chez les femmes saines de 45 ans, un écoulement sanguin d'odeur nauséabonde, survenant par le vagin, est ordinairement le premier signe avent-coureur du cancer.

Trois ou quatre semaines après la conception Dumm (*Cinn. Lancet*, novembre 1878) signale, sur l'orifice utérin, la présence d'un enduit présentant une odeur caséeuse : « en imprégnant, dit-il, le doigt de cet enduit, on a un signe indubitable de grossesse, dont l'odeur est difficile à méconnaître. »



REVUE PROFESSIONNELLE

L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES

Mon cher Rédacteur,

Vous avez fait paraître, dans le n° du 8 mars de votre excellent journal une courte mais fort intéressante analyse du travail de M. Garrigou sur l'inspectorat des eaux minérales due à la plume magistrale de notre savant confrère M. Maximin Legrand.

Voulez-vous me permettre de porter à votre connaissance un fait récent qui milite encore en faveur de la suppression des médecins inspecteurs ou tout au moins d'une réorganisation du corps des inspecteurs d'eaux minérales et de l'enseignement de l'hydrologie médicale?

Je ne désignerai les personnes, si vous m'y autorisez, que par des initiales.

La place de médecin inspecteur de N... était devenue vacante par la mort de M. le Dr A.

M. le Dr I..., médecin consultant dans la station depuis 12

Par elles-mêmes, les eaux de l'amnios sont bien peu odorantes. Mais elles semblent facilement s'imprégner des odeurs étrangères. C'est ainsi que Stoltz a nettement constaté, chez une ouvrière de la manufacture de cigares de Strasbourg, le liquide amniotique exhalant l'odeur vireuse du jus de tabac.

La femme en couches répand une odeur particulière, fort complexe, *gravis odor puerperii* (Rœderer), qui provient des lochies, de la transpiration, de la fièvre, et enfin du lait suintant des mamelles et pénétrant le linge (*Nœgélé*, 1869, p. 223). Quant aux décompositions épithéliales, elles n'ont lieu que vers le 3e ou 4e jour, et donnent naissance à un dégagement considérable d'ammoniaque; c'est ce qui donne aux lochies rouges leur âcre et pénétrante senteur. (Wagners *Handwœrtb artik. Milch.*)

Pour la délivrance, la fétidité des lochies trace la limite de l'expectation (Pajot). A partir de la fétidité, la femme est, en effet, exposée à la septicémie puerpérale. A part le manque absolu (très rare) des soins de propreté, l'odeur infecte des lochies annonce la putréfaction intra-utérine d'une fraction du placenta. Les élévations thermiques brusques accompagnent, d'ailleurs, toujours, dans ces cas, la fétidité lochiale, ce qui indique éloquemment l'imminence d'une phlegmasie utérine.

D'après Hervieux, le mélange des lochies avec la plus médiocre

années, se trouvait naturellement désigné par la rumeur publique pour lui succéder.

C'est du reste un charmant confrère pour lequel j'éprouve personnellement une grande sympathie.

Mais la commune de N... possède trois établissements thermaux appartenant à deux propriétaires différents et M. le Dr I... se trouvait être créancier hypothécaire pour une somme relativement considérable sur l'un de ces établissements.

Dans ces circonstances, il semblait que la dignité professionnelle dût empêcher le Dr I... de poser sa candidature, l'article 12 du décret du 28 janvier 1860 le lui interdisait d'ailleurs formellement; oyez plutôt:

« Les médecins inspecteurs ou inspecteurs adjoints ne peuvent être intéressés dans aucun des établissements qu'ils sont chargés d'inspecter. »

Malgré cela, la demande fut faite, et les différents députés du département dans lequel se trouve la commune de N... s'engagèrent à soutenir la candidature du Dr I.... auprès du Préfet et du Ministre du commerce que l'on savait être favorable au maintien du régime de l'inspectorat.

Les propriétaires des autres établissements de N..., qui ne

---

quantité de sang leur donne un caractère de putridité manifeste. Mais cette odeur est bien différente de celle qui annonce la métrite suppurée, celle dont H. Cloquet a pu écrire : « Un médecin prédit, en entrant dans la chambre d'une accouchée, en reconnaissant certaines émanations alcalescentes, qu'une maladie grave va se déclarer, chez cette femme qui paraît encore assez bien portante. » (Art. *Olfaction* du *Dict. des Sc. méd.*)

Un écoulement lochial brunâtre et d'odeur cadavéreuse indique la terminaison de la phlegmasie par gangrène (*Cazeaux*, éd. Tarnier, 1874, p. 427).

Du 8e au 10e jour de l'accouchement, les lochies dites *laiteuses* exhalent une odeur fade et *sui generis*, que Levret nomme odeur *lymphatico-spermatique*, néologisme assez heureusement imaginé. Le même Levret (Accouchements, 1766, p. 160), signale la puanteur de charogne des lochies chez les scorbutiques, et observe que, dans le cancer utérin, elles empruntent la fétidité spécifique du cancer.

Il est bon de remarquer, enfin, avec Bouchacourt (*Art.* COUCHES du dict. Dechambre), que l'on peut, en dehors de toute influence septique, phlegmasique ou fébrile, observer une odeur spéciale, excessivement mauvaise, des lochies: « Ce fait qui, dit-il, a été observé exceptionnellement aussi, pour les eaux de l'amnios,

sont pas les débiteurs du Dr I..., justement alarmés de la possibilité d'une nomination qui pouvait devenir si fatale à leurs intérêts ont pris à la conservation des hypothèques le relevé des inscriptions concernant les sources et l'établissement thermal en question et sont venus à Paris solliciter de M. le Ministre du commerce, sinon une nomination conforme à leurs intérêts, du moins une nomination conforme à la justice et à la légalité.

Ils engageaient, en même temps, deux autres médecins de la station à poser également leur candidature, afin que le ministre, se conformant à la loi en écartant celle du Dr I..., ne fût pas embarrassé par l'absence de candidat.

Mais l'affaire n'a pas été aussi simple qu'on l'avait d'abord supposé. On a cherché à interpréter le prêt hypothécaire comme n'étant pas un intérêt direct, malgré la protestation des propriétaires intéressés qui niaient l'impartialité du Dr I... En tout cas, on a gagné du temps, beaucoup de temps, pour donner au créancier la possibilité de transférer sa créance à un tiers. Ce qui fut fait. Le Dr I.., en s'en rapportant à la lettre stricte de la loi, devenait donc éligible.

Restait pourtant la question morale pour les intéressés. Car

---

ne peut s'expliquer qu'en raison de certaines dispositions idiosyncrasiques, dont on ne saurait déduire d'application utile en pratique ». Il en est de cette odeur comme de celle qui vient de la négligence, du non-renouvellement des linges; de l'obturation trop exacte de la vulve. Certainement, dans tous ces cas, l'odeur peut être forte, fétide. Mais elle n'aura jamais la fétidité septique *sui generis* des lochies, riches en microbes et en organismes inférieurs infectieux, qui viennent annoncer aux odorats exercés l'apparition des plus graves complications puerpérales.

La rétention du fœtus, les concrétions vaginales, les pessaires, les corps étrangers vulvo-vaginaux, amènent des sécrétions qui répandent parfois l'odeur infecte de la putréfaction la plus avancée : « Le muco-pus vaginal sécrété sous l'influence d'un corps étranger, présente une fétidité qui rend très pénible pour le chirurgien le toucher explorateur qui doit précéder tout traitement ». (Poullet, de Lyon).

Dans sa période aiguë, et tant que le col utérin participe à l'inflammation, l'écoulement de la vaginite exhale presque toujours une odeur très marquée. Celle-ci s'atténue peu à peu et disparaît au fur à mesure que la phlegmasie vaginale passe à l'état subaigu ou chronique.

L'issue par le vagin de fèces et de gaz odorants est le signe pathognomonique de la fistule recto-vaginale.

si nous admettons la nomination dudit I... comme inspecteur, on ne pourra jamais convaincre les propriétaires des sources rivales que le nouvel inspecteur, qui a été si longtemps intéressé à la prospérité de l'autre source, n'y a pas gardé, malgré le transfert de sa créance, un intérêt qui le portera à y adresser de préférence tous ses malades au détriment de la station en général, qu'il serait cependant chargé d'inspecter.

N'est-ce pas là un puissant argument en faveur de la suppression de l'Inspectorat tel qu'il est pratiqué aujourd'hui ; aussi voyez-vous bon nombre de confrères faire chorus avec MM. Maximin Legrand et Garrigou pour en demander l'abolition.

Je ne puis cependant pas partager complètement cette manière de voir, car je crois que l'État ne doit pas se désintéresser de sa surveillance vis-à-vis des marchands d'eaux qui ne craindraient plus d'altérer leurs produits avant de les livrer à la consommation publique.

On sait combien M. Girard, le savant chef du laboratoire de la police municipale, a constaté d'adultérations des eaux minérales par des eaux ordinaires, souvent aussi par d'autres sub-

Dans le *cancer utérin*, les métrorrhagies sont souvent fétides, et permettent aux nez exercés le diagnostic à distance (Huguier). Quant à l'odeur des écoulements vaginaux dans le cancer, voilà une de ces odeurs spécifiques, *sui generis*, qu'on oublie peu ! Nauséabonde en même temps que putrilagineuse, c'est une fétidité particulièrement tenace, qui s'attache, avec une remarquable insistance, aux doigts et aux objets, voire même aux habitations. Lebert dit qu'on la rencontre à peu près constamment, mais que, chez quelques malades, il y a des alternatives d'écoulements odorants ou non (*Mal. cancér.* 1851, p. 254).

L'odeur du cancer utérin est absolument distincte des autres odeurs, parfois si infectes et tenaces, des organes génitaux féminins. Elle est, pour la malade comme pour son entourage, une véritable torture. Ni les soins de propreté, ni la ventilation, ni l'antisepsie la plus rigoureuse dans les pansements, ne sauraient mettre cette odeur complètement en fuite.

SYNOPSIS OSPHRÉSIOLOGIQUE DES ORGANES GÉNITAUX FÉMININS.

Mucus vaginal	Son odeur normale.		
	Son odeur modifiée par		**États moraux, nerveux.**
			Coït, onanisme.
			Maladies diveres.

stances, qui ne sont pas toujours sans inconvénients pour la santé des buveurs.

D'autre part, le captage des sources, leur entretien, leur conservation, mérite aussi toute l'attention de l'Etat.

Qui empêcherait un industriel dont la source donnerait une quantité d'eau insuffisante pour le nombre des baigneurs, soit de faire servir plusieurs fois le même bain, soit d'alimenter ses baignoires avec l'eau du ruisseau voisin ?

Et qui mieux qu'un inspecteur résident pourrait savoir cela ?

Vainement voudrait-on créér, comme il en a été question, des inspecteurs régionaux ; ceux-ci, qui ne sont pas sur les lieux, ne pourront rien inspecter.

L'inspecteur actuel, chargé du service des indigents, l'est aussi du rapport annuel, et si, pour les pauvres, les autres médecins pouvaient facilement remplacer l'inspecteur, il n'en saurait être de même pour le rapport au ministre qui demande une direction unique.

Ce qu'il faudrait, à mon avis, ce serait : 1° D'établir une chaire, ou au moins un cours supplémentaire à la Faculté pour tous les étudiants ou Docteurs qui se destineraient à la médecine des eaux. Ce cours comprendrait la chimie, l'analyse des eaux,

---

Smegma vaginal | Son odeur « sui generis. »
Sang menstruel | Son odeur normale et modifiée.
Odeurs génitales de la conception, du liquide amniotique.

Odeur puerpérale { Lochies normales, leurs variations odorantes.
Lochies fétides { A. par phlegmasies utérines. B. par idiosyncrasies. C. par malpropreté.

Odeur des écoulements dans le cas de corps étrangers vagino-utérins.
Odeur spéciale dans la vaginite.
Gaz odorants par le vagin (séméiologie pathognomonique).
Odeurs particulières dans le cancer utérin.

OUVRAGES REÇUS

Leçons sur les maladies des voies urinaires faites à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Reliquet, 2e fascicule : Stagnation d'urine. 1 vol. in-8°, 3 fr. Prix de l'ouvrage complet : 5 fr. 50. Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

les modes de captage des sources, tout ce qui enfin est du ressort de l'inspecteur.

Déjà l'Académie a fait quelque chose dans ce sens en envoyant près des stations importantes des internes de 2e année. Il y a bien aussi le cours de M. Durand-Fardel, l'hiver, à l'Ecole pratique, mais tout cela est insuffisant.

2° Choisir, à l'avenir, les inspecteurs parmi les élèves assidus du cours officiel que je réclame et, mieux peut-être, mettre les places au concours tout en les laissant sans appointements pour ne pas grever le budget.

3° Donner aux inspecteurs un pouvoir sérieux de contrôle, mais non comme celui dont ils avaient été revêtus jadis qui amenait des conflits soit avec le propriétaire de l'établissement, soit avec les autres médecins de la station, ou les employés des bains. Malgré le peu d'avantages pécuniaires que comporte la situation, on ne manquera pas de candidats, soyez-en sûr ; je n'en veux pour preuves que ces demandes d'inspectorats faites par ceux-là même de nos confrères qui ont le plus insisté pour la suppression des inspecteurs.

Agréez, etc. Dr E.

REVUE CLINIQUE

DE LA COCAÏNE EN CHIRURGIE.

(1er ARTICLE.)

Depuis bientôt six mois, la cocaïne intéresse au plus haut point le monde médical; ses propriétés sûres et variées ont été vérifiées et expérimentées par un grand nombre ; aujourd'hui la thérapeutique possède un nouvel anesthésique. Nous ne voulons point, ici, faire l'histoire cent fois répétée de la découverte de la coca et de son alcaloïde ; nous ne passerons pas en revue les résultats heureux de l'emploi de la cocaïne dans tout ce qui a trait à l'accouchement ou à la thérapeutique médicale; nous voulons seulement jeter un rapide coup d'œil sur ses multiples emplois dans la chirurgie courante.

Pour le chirurgien, la cocaïne est un anesthésique local qui

jusqu'ici paraît doué d'une puissance assez étendue. Avant d'exposer ses effets et son mode d'emploi dans les diverses branches de la chirurgie, on nous permettra de nous arrêter un peu à son action physiologique générale.

D'après les expériences de Dubois, Charpentier, Laborde et Grasset, la cocaïne a une action spéciale sur les terminaisons nerveuses : pour les uns, elle agirait d'une façon chimique ; pour les autres, elle serait un véritable anesthésique. Quoi qu'il en soit, la cocaïne abolit la sensibilité à la douleur dans les surfaces avec lesquelles elle est mise en contact. La puissance de son action est en raison directe de la facilité avec laquelle ces surfaces absorbent les liquides ; aussi les muqueuses absorbent-elles mieux que la peau, et parmi les muqueuses, les plus délicates, comme la conjonctive, ont la prééminence. D'après Laborde, Bribosia et d'autres, elle peut aussi anesthésier les nerfs sensitifs des muscles et abolir la contractilité de la fibre musculaire.

Le chirurgien peut employer la cocaïne de plusieurs façons, suivant les circonstances : à l'aide de solutions à divers titres il pratique des *instillations* sur les muqueuses (ces instillations se font en une seule fois ou à intervalles réguliers) ; ou bien, quand la muqueuse est plus épaisse, il fait des *badigeonnages* à l'aide d'un pinceau ou d'une éponge ; il les répète plusieurs fois afin d'avoir une analgésie plus profonde. Enfin, il peut employer les *injections hypodermiques* qui agissent sur le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux et en même temps sur les terminaisons nerveuses. Quel que soit le moyen employé, l'action physiologique présente toujours les mêmes caractères ; l'anesthésie locale porte surtout sur l'élément douleur sans abolir la sensation de contact ; c'est donc à vrai dire un *analgésique* et non un anesthésique complet. Quand le liquide médicamenteux est bien absorbé par la surface de contact, la sénsibilité diminue progressivement, et 10 à 15 minutes après l'application on a obtenu le maximum d'effet. Il ne semble pas que la concentration de la solution ou son usage prolongé au delà de certaines limites puisse produire des effets plus profonds ou plus durables. Ce fait même nous paraît en contracdition avec l'opinion de ceux qui croient que la cocaïne agit chimiquement sur les éléments nerveux terminaux.

On emploie dans la pratique, ou bien des solutions de chlorhydrate de cocaïne, ou bien des extraits alcooliques, ou de simples décoctions de feuilles de l'œrythronylon coca.

Les solutions se font à 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10 % ; le véhicule est l'eau distillée. Rappelons que les solutions faibles, usuelles et suffisantes sont à 2, 3, tout au plus à 5 %. Il est bon de ne point avoir en réserve des solutions abondantes, la cocaïne dissoute s'altère assez vite ; aussi, dans la chirurgie oculaire, par exemple, on recommande la formule suivante qui se conserve indéfiniment sans se corrompre :

Eau distillée	10 grammes.
Sublimé.......................	0,002 milligrammes.
Chlorhydrate de cocaïne........	0,50 centigrammes.

La solution est chauffée jusqu'à l'ébullition, on la laisse refroidir et on filtre.

Il est très important, avant d'appliquer l'anesthésique, de bien nettoyer la surface cutanée ou muqueuse de tous les produits naturels ou pathologiques qui peuvent la recouvrir et ainsi nuire à l'absorption.

A cause du prix encore très élevé de la cocaïne, on pourra avec avantage employer d'autres préparations obtenues en traitant directement les feuilles de la coca. On a ainsi employé les badigeonnages faits avec une *décoction* concentrée de feuilles sèches (10 grammes de feuilles pour 150 gr. d'eau réduite par l'ébullition à 100 grammes).

Un médecin autrichien, Schnitzler, emploie depuis quelque temps une préparation plus active. C'est un *extrait alcoolique des feuilles vertes* de la coca préparé en traitant à l'air libre et dans l'obscurité un poids donné de suc de ces feuilles réduites à l'état de bouillie par un poids égal d'alcool. Cet extrait revient à environ 25 centimes le gramme, et employé localement sur les muqueuses, il produit une anesthésie presque égale à celle que donne la cocaïne pure.

L'emploi des injections hypodermiques a montré quelques particularités touchant les propriétés toniques de la cocaïne ; les chirurgiens ne doivent pas les oublier. Laborde a montré qu'à une dose forte elle produisait une excitation du pneumogastrique augmentant la fréquence des respirations, puis une élévation notable de la température.

Halsted et Hall, après une injection de 32 goutes d'une solution à 4 %, observèrent, outre l'anesthésie locale, des vertiges, de la titubation, des nausées, avec vomissements et sueurs froides; la sécrétion salivaire était notablement augmentée. Tous ces phénomènes durèrent de 30 à 45 minutes. D'après Grasset, la cocaïne à haute dose produit chez le singe de violentes attaques convulsives ; et le chloral est son antagoniste au point de vue excito-moteur. Le Dr Jules Rouquette signale, à la suite de badigeonnages pharyngiens, des phénomènes d'abattement, d'anorexie et de somnolence. Mais nous ne croyons pas devoir nous y arrêter, car ils contredisent les propriétés excito-motrices bien démontrées de la cocaïne.

Il ne faut cependant pas trop s'effrayer de tout ce que nous venons de dire ; la cocaïne n'est toxique qu'à doses assez fortes; on n'a jamais besoin de les atteindre pour obtenir l'anesthésie locale utile au chirurgien. Laborde même a nettement prouvé que l'on peut sans danger faire absorber en injections hypodermiques jusqu'à 15 ou 20 centigrammes de cocaïne. Nous l'avons employée à la dose de 1 et 3 centigrammes et nous n'avons observé aucun phénomène général.

Il existe encore quelques propriétés physiologiques qui peuvent avoir leur utilité ; la cocaïne est un *vaso-constricteur* assez énergique, et pour certains auteurs, elle est un antifermentescible et détruit les micro-organismes. Ces deux propriétés, surtout la dernière, sont moins bien démontrées que les autres. Néanmoins nous pensons que les solutions de cocaïne ou de l'extrait alcoolique pourraient être combinées avec les liquides antiseptiques pour le pansement de certaines plaies douloureuses avec des avantages appréciables. Enfin, à cause de ses propriétés générales excito-motrices et thermiques, peut-être y aurait-il lieu d'y recourir chez des malades atteints d'algidité ou de choc traumatique ? Nous nous proposons de le faire quand nous en aurons l'occasion.

Nous allons maintenant passer en revue les applications de la cocaïne aux diverses manœuvres de la thérapeutique chirurgicale. Une division toute naturelle s'impose à nous : le chirurgien ayant à attaquer ou bien la peau ou bien une surface muqueuse, nous étudierons successivement l'anesthésie cutanée et l'anesthésie des diverses muqueuses.

(*A suivre.*) Dr J. Barette.

FRACTURE DU CRANE. — ENCÉPHALITE TRAUMATIQUE. — ABCÈS DU CERVEAU. — OUVERTURE SPONTANÉE PAR LE NEZ. — GUÉRISON.

Par le Dr Vignes, de Guillon.

Joseph M., 20 ans, solide et robuste campagnard de haute taille, n'a jamais été malade. Pas de signes diathésiques.

Le 3 juin 1884, chute à travers un trou pratiqué dans le plancher d'un grenier à fourrages surélevé du sol de quatre mètres; fracture du frontal, dont le trait se dirige de haut en bas et de dehors en dedans sur toute la longueur de l'os et passe au point de réunion des moitiés externes et internes de l'orbite. La verticale, en ce point, fait avec la direction de la fracture un angle de 30° environ.

Le fragment externe se laisse déprimer d'avant en arrière de quelques millimètres, rendant ainsi tangible la saillie que forme le bord du fragment interne. Ecoulement abondant de sang par le nez et le conduit auditif gauche ; perte de connaissance ; une demi-heure après l'accident, arrivé de fort grand matin, le blessé est absolument inerte et insensible à toute excitation.

3 juin au soir.—Le malade, trois heures après sa chute, a rendu, en deux ou trois vomissements, notable quantité de sang, et à partir de ce moment les hémorrhagies nasales et auriculaires ont pris fin.

Il est toujours sans connaissance ; facies pâle, paupières fermées, pupilles dilatées, respiration faible; le pouls, déprimé, lent, est à 56 P. T. A. 36°8.

Le système musculaire est en résolution, la sensiblité spéciale et générale est abolie et le malade urine involontairement.

Une large ecchymose orbitaire à gauche dénote la propagation de la fracture à la base.

4 juin. — Le malade grogne lorsqu'on le pince.

5 juin. — Il a repris connaissance ; somnolence continuelle. Dans les jours qui suivent, il revient petit à petit accusant une lourdeur de tête qu'il compare à celle qui suit le réveil de l'ivresse.

9 juin. — Violentes douleurs sur le trajet du dentaire gauche. Céphalalgie vive.

10 juin, 2 heures. — Convulsions passagères des muscles de la face depuis le matin. Le malade s'agite, se démène, veut se lever et doit être maintenu.

Pouls petit, fréquent, à 90. T. 38°. Constipation, rétention d'urine.

Le soir.— Même état, P. à 96, T. 38°9. Calomel, réfrigérants, lavements, purgatifs.

11 juin. — L'agitation continue et à plusieurs reprises dans la journée petits frissons répétés. T. A. 38.6. Sangsues aux apophyses mastoïdes.

12. — Coma, miction et défécation involontaires, respiration stertoreuse, inégalité pupillaire (dilatation à gauche).

13 et 14. — Même état. Le 14 au soir, le pouls, très déprimé depuis que le malade est dans le coma, semble reprendre de l'ampleur.

15 juin.— Le malade soulève les paupières lorsqu'on le pince, lorsqu'on lui parle.

16 et 17.— Le mieux continue et le blessé laisse comprendre qu'il souffre beaucoup dans le côté gauche de la tête.

18. — La famille veut absolument le transporter dans son pays et je le perds de vue.

Trois mois après, ce jeune homme vient me voir et me raconte que trois semaines après son départ, pendant qu'il se mouchait, une grande quantité de pus lui était tout à coup sorti par le nez. L'écoulement purulent avait duré plusieurs jours et pendant un mois il a mouché du pus sanieux. Il ressent toujours de vives douleurs dans la tête. Son œil gauche est très sensible à la lumière, et cette sensibilité cause un violent clignotement. L'examen à l'ophthalmoscope ne révèle aucun trouble qui puisse expliquer ce fait.

18 janvier 1885. — Six mois passés depuis l'accident, le malade se plaint toujours de douleurs encéphaliques, mais bien moins acerbes. Sensibilité exagérée de la rétine gauche, clignement de la paupière correspondante, légère parésie du nerf auditif gauche.

Cette observation vient s'ajouter aux cas heureux signalés par les auteurs, mais malheureusement trop rares, de guéri-

son des abcès du cerveau par ouverture spontanée du foyer au travers des cavités naturelles de la face et, à ce point de vue, elle nous a paru digne d'être publiée.

La marche de l'affection, les symptômes agitation, fièvre, frissons et l'absence de paralysies limitées écartaient toute idée de compression ; le diagnostic d'encéphalite causée soit par la commotion, soit par la contusion ou la blessure du cerveau nous a paru suffisamment légitime.

Nous nous empressons d'ajouter qu'il est certainement bien difficile, pour ne pas dire impossible, de diagnostiquer les troubles dus à l'inflammation des méninges de ceux causés par l'encéphalite. Les auteurs attribuent volontiers pourtant à la méningite une fièvre plus vive, une plus grande accélération du pouls, une excitation plus violente, des vomissements persistants et, de fait, l'étude de la méningite de cause non traumatique semble appuyer cette manière de voir.

Les frissons répétés indiquaient la formation du pus ; devait-on appliquer le trépan ? Nous ne le croyons pas ; la marche des accidents, leur nature, l'absence de signes indiquant qu'un département limité de l'encéphale était le siège de l'abcès, la crainte, bien justifiée par l'état comateux du sujet, de rencontrer un épanchement en nappe, nous ont retenu et rien, il nous semble, ne pouvait faire pressentir que le pus était collecté en un seul foyer.



REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

DES APPLICATIONS NOUVELLES DE LA THÉRAPEUTIQUE PENDANT L'ANNÉE 1884.

(Suite. — Voir les numéros précédents.)

Citron (Jus de).—Le Dr Schultz a démontré, par de nouvelles expériences, ses propriétés antiseptiques en reculant la putréfaction de viande sur laquelle on versait de l'eau contenant du jus de citron en petite quantité.

En déposant une goutte de solution d'acide citrique au millième, dans de l'eau contenant des végétations en fermentation, et au sein de laquelle le microscope laissait voir de nombreux organismes infé-

rieurs, le Dr Schultz a constaté que ces organismes, ces microbes étaient rapidement frappés de mort.

Cocaïne (chlorhydrate de).— C'est en 1869 que Niemann a, pour la première fois, extrait la cocaïne des feuilles de Coca (érythroxylon coca), mais la cocaïne cristallisable est peu soluble dans l'eau, tandis que l'un de ses sels également cristallisable, le chlorhydrate, est parfaitement soluble. C'est donc à lui que l'on doit donner la préférence en thérapeutique.

Tout le monde sait que la coca, ou mieux le chlorhydrate de cocaïne, est employé par les laryngologistes pour anesthésier le pharynx et les cordes vocales. Dans la laryngite, la pharyngite aiguë, les ulcérations de l'épiglotte, la douleur est promptement calmée par la cocaïne.

Koller, de Vienne, vient tout récemment de constater que la cocaïne jouit à un haut degré de cette même propriété anesthésique locale à l'égard de l'œil. Les Docteurs Arthur Benton, de Dublin, Marcus Guine, Kœgnistein, Brettauer, Becker, citent des faits qui viennent confirmer l'opinion de Koller. A peine les expériences de Koller étaient-elles connues en France, que le Dr Trousseau publiait les résultats de sa propre pratique, résultats conformes à ceux de Koller.

Quelques jours après, le Dr Darier, chef de clinique du Dr Abadie, dans un travail inséré dans le Bulletin général de Thérapeutique du 15 Novembre 1884, nous donne le résultat des expériences de notre confrère Abadie. J'en résume ici les conclusions.

La cocaïne anesthésie complètement la cornée, trois ou quatre minutes après une seule instillation de 2 gouttes d'une solution de 2 pour 100 de chlorhydrate de cocaïne. Cette anesthésie dure de cinq à dix minutes, et peut être entretenue par de nouvelles instillations.

La conjonctive s'anesthésie plus lentement ; il faut deux ou trois instillations successives pour que l'on puisse toucher ou pincer la conjonctive sans douleur.

L'œil ainsi anesthésié, on pourra sans difficulté extraire les corps étrangers implantés dans la cornée, faire le tatouage de la cornée, etc.

Les premiers temps de l'opération de la cataracte, la pose du blépharostat, le pincement de la conjonctive par la pince à fixation, la section de la cornée, si l'on ne blesse pas l'iris, tout cela se fait presque sans douleur. La section de l'iris sera le seul temps douloureux de l'opération, et encore peut-être arrivera-t-on à anesthésier l'iris lui-même, en instillant de la cocaïne dans la chambre antérieure.

Dans l'opération du strabisme, dans les ulcères de la cornée avec photophobie, dans l'iritis, dans l'iridochoroïdite avec douleurs ciliaires, la cocaïne rendra les plus grands services.

Cette substance a la plupart des avantages de l'atropine, sans en avoir les inconvénients ; elle dilate la pupille sans paralyser autant l'accommodation ; elle pourra donc rendre de grands services dans l'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil. — Le professeur Panas enseigne que les résultats de l'instillation de ce sel sont bien différents,

s'il s'agit d'un œil sain ou tout au moins d'un œil non enflammé, ou d'un œil enflammé.

Dans l'opération de la cataracte, on peut, sans provoquer de douleur, placer le blépharostat, saisir la conjonctive, inciser la cornée. Il n'en est plus de même quand on touche à l'iris. Dans la strabotomie, toutes les manœuvres nécessitées par la recherche du muscle sont indolores, mais la préhension du muscle et la section sont douloureusement ressenties par le malade.

Ce qui est vrai pour l'œil non enflammé, l'est beaucoup moins pour un œil enflammé, l'action de l'anesthésique dans ce cas est bien moindre ; souvent elle est nulle.

Le Dr Dujardin-Beaumetz a fait disparaître de violentes douleurs gastro-intestinales par l'application directe d'une solution de cocaïne. La cocaïne peut être employée avec avantage chez les morphiomanes. Injectée sous la peau, elle produit des effets analogues à ceux que produit la morphine et n'en a pas les inconvénients.

En 1879 (*Gazette des Hôpitaux*, 12 Mai), un article du Dr Scaglia signalait la pratique du Dr Fauvel qui utilise l'action anesthésique de la Coca et de ses préparations dans les affections laryngo-pharyngées, et surtout dans l'angine granuleuse, où elle fait disparaître rapidement le sentiment d'ardeur et de cuisson éprouvé par les malades.

Dans la séance du 22 Février 1882 de la Société de Thérapeutique, le Dr Gouguenheim s'exprimait ainsi : J'ai eu l'occasion d'expérimenter plusieurs fois un médicament qui m'a rendu, en pareil cas (traitement local de la laryngite), de réels services. L'extrait de coca dissous dans l'eau, de manière à former une solution très concentrée, amène une véritable sédation.

Le Dr Laborde, dans une note lue à la Société de Biologie, dans la séance de Novembre 1884 et les suivantes, rappelle que déjà en 1882, dans un article intitulé la Coca et la Cocaïne, paru dans la *Tribune médicale*, 27 Octobre 1882, il avait signalé l'action anesthésique de ce médicament sur la muqueuse nasale pharyngée et laryngée, propriétés reconnues par le Dr Coupard, chef de clinique du Dr Fauvel, qui l'en avait entretenu à maintes reprises.

Dans cette même note, le Dr Laborde déclare que le Dr Coupard, en 1880, avait entrepris avec le Dr Bordereau, mort depuis, des expériences physiologiques à l'aide d'un sel de cocaïne préparé par eux-mêmes, le *chlorhydrate*. Il donne le résumé brut d'une de ces expériences, où les différents phénomènes signalés depuis par les Allemands, sont parfaitement décrits : il s'agit d'un cobaye du poids d'environ 320 grammes, auquel ont été injectés sous la peau 3 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne.

Dix minutes après l'injection, ont commencé à se produire des phénomènes convulsifs généralisés, surtout cloniques avec opisthotonos revenant par accès.

On note ensuite successivement :

La perte complète du reflexe oculaire ; l'insensibilisation à la piqûre

et aux pincements, alors qu'un chatouillement léger, la simple action de souffler sur l'animal, provoquent des reflexes;

Une dilatation pupillaire très accentuée, parésie motrice du train postérieur à la suite des accès convulsifs, que l'on provoque facilement par les excitations périphériques.

Malgré le retour du reflexe oculaire au bout d'une heure environ, la cessation de la mydriase et le retour à la station normale, mais avec persistance notable de l'insensibilité générale, l'animal a succombé pendant la nuit.

Comme les ophtalmologistes, les laryngologistes reconnaissent qu'après l'application de la cocaïne ou de ses sels, l'exploration de l'organe malade, les opérations à y pratiquer deviennent plus faciles et ne présentent aucune des difficultés qui étaient si fréquentes avant l'emploi de ce médicament.

Le Dr Laborde rapporte des expériences faites par lui, avec le sulfate de cocaïne, et termine en disant qu'il y a dans la connaissance mieux approfondie de l'action physiologique totale et générale de cette substance, des indications d'applications d'une portée beaucoup plus étendue et plus importante.

Les applications de la cocaïne et de ses sels, chlorhydrate, bromhydrate, sulfate, se multiplient chaque jour. Ils ont été employés avec un plein succès dans deux cas de vaginisme, par les Drs Chéron, médecin à Saint-Lazare, et Cazin, médecin de l'hôpital de Berck-sur-Mer. On conseille la solution d'un de ces sels pour toucher le col trop rigide des primipares.

Il résulte des recherches de M. Duquesnel que la cocaïne, dite neutre, doit être considérée comme l'homologue de la caféine ; son point de fusion est seulement un peu différent.

Cette substance possède en outre les mêmes réactions que les mydriatiques, elle jouit enfin de la propriété de se transformer sous l'influence de l'acide chlorhydrique, en un corps nouveau, l'ecgonine, qui est à l'étude en ce moment.

Collodion. — Le Dr J. Rigaud étudie, dans sa thèse, un procédé thérapeutique qu'il a vu expérimenter dans le service de son maître, le Dr Legroux.

Dans tous les cas de points de côté chez les tuberculeux, lorsque cette douleur reconnait pour cause les cavernes superficielles, sous-jacentes à la paroi thoracique, le collodion peut rendre de grands services et amener un prompt soulagement.

Avant d'étendre le collodion, il faut essuyer soigneusement la peau, puis faire l'application au moyen d'un blaireau. Il faut surtout que la couche soit assez épaisse pour ne pas se rompre sous les efforts de toux.

Crésotinique (Acide). — L'acide crésotinique s'obtient en soumettant les combinaisons sodées du crésol, à un courant d'acide carbo-

nique sous l'influence de la chaleur. Ce produit possède des propriétés antifermentescibles aussi énergiques que l'acide salicylique. Administré à la dose de 5 à 8 grammes, le crésotinate de soude exerce une action antipyrétique, qui est aussi énergique et plus prolongée que celle de la quinine et de l'acide salicylique.

Croton tiglium (Huile de). — Le Dr Heusser écrit que dans l'anasarque scarlatineuse, la médication qui lui a donné les résultats les meilleurs et les plus rapides, consiste à faire des frictions avec un mélange d'huile de croton, 1 partie, et huile de pavot, 2 parties, sur la région des lombes.

Le plus souvent, une friction suffit pour dissiper les accidents qui menacent la vie du malade.

Si au bout de quelques jours, une attaque nouvelle de la maladie était à craindre, on reviendrait aux frictions.

A l'intérieur, M. Heusser prescrit l'esprit de Mindérérus à petites doses.

Ce médicament ne peut être considéré que comme adjuvant, car votre rapporteur l'a souvent employé seul, sans retirer de son emploi grand avantage.

Cuivre (Sulfate de).—Le Dr Charpentier préconise le sulfate de cuivre comme antiseptique en obstétrique. Voici les conclusions de son travail lu à l'Académie :

1° Le sulfate de cuivre, employé au centième, est un antiseptique de premier ordre.

2° Absolument inoffensif pour les malades, d'un prix très modéré, de maniement facile, il joint aux avantages d'être un antiseptique très puissant, celui d'être un désinfectant pour ainsi dire instantané.

3° Qu'il soit employé sous forme d'injection vaginale ou d'injection intra-utérine, son innocuité est absolue.

4° Le sulfate de cuivre jouit de propriétés astringentes et coagulantes telles, qu'il pourra peut-être un jour être substitué au perchlorure de fer, sur lequel il a la supériorité de ne pas salir les plaies ni le linge.

5° La solution à employer doit être la solution au centième chauffée à une température de 36 à 38°.

6° L'usage de la solution peut être continué pendant les 8 ou 10 premiers jours, à plusieurs reprises dans les 24 heures, sans que cela détermine chez les malades autre chose que l'abaissement de température, la diminution de la fréquence du pouls, c'est-à-dire une amélioration rapide et incontestable.

Damiana, Turnera Species; Turneracées. — Plante du Mexique et de la Californie, employée comme aphrodisiaque et diurétique ; le turnera ulmifolia (Jamaïque) passe pour tonique et expectorant, et le Turnera opifera pour astringent ; au Brésil, son infusion est employée comme mucilagineuse, contre la dyspepsie, l'indigestion.

La Damiana est employée en Amérique contre les paralysies et les affections de la moelle épinière.

On donne cette plante en infusé (10 pour 1000) ou en teinture (1 pour 5). Nous espérons pouvoir bientôt vous fixer sur les vertus curatives de cette plante, ayant entrepris une série d'expériences qui ne sont pas encore terminées.

Digitale.—Le Dr Moutard-Martin reconnait, avec tout le monde, l'action diurétique de la macération de digitale, mais il a rencontré, comme nous tous, des malades dont l'estomac ne supportait pas cette préparation, qui détermine souvent de la gastralgie, des nausées, et une intolérance plus ou moins rapide ; la tolérance recherchée ne s'établissant pas, il administre en lavement une macération de feuilles de digitale à la dose de 0 gr.30 centigr. dans 200 grammes d'eau ; vers la fin du troisième jour, on observe l'action diurétique comme dans l'administration par la bouche.

Diphthérie.—Vous vous souvenez tous, Messieurs, de l'accent convaincu avec lequel notre collègue Delthil vous a fait part de ses idées sur la diphthérie, du traitement qu'il avait institué contre cette maladie ; vous avez été tenus au courant des progrès de la méthode, et grâce aux présentations qu'il nous a faites, vous avez pu juger de visu de quelques-uns des résultats heureux de cette pratique.

C'est à la combustion d'un mélange de goudron de gaz et d'essence de térébenthine, dans la proportion de 200 grammes de goudron pour 80 grammes d'essence de térébenthine, et de 20 à 40 grammes d'huile de Cajeput, que notre collègue a dû ses premiers cas de guérison.

Ces fumigations, qui sont renouvelées toutes les deux ou trois heures, suivant la gravité des cas, espacées ensuite suivant l'amélioration produite, constituent une médication curative à employer dans la diphthérie.

La première formule ayant été modifiée par l'auteur, voici celle à laquelle il s'est arrêté :

Dans un vase en métal ou en terre réfractaire, vase placé lui-même dans un vase plus grand ou sur un plateau métallique, mettre 50 grammes de goudron de gaz, 40 grammes d'essence de térébenthine brute ; enflammer la cuiller qui a servi à verser l'essence, puis la plonger incandescente dans le mélange.

Renouveler de 3 en 3 heures.

« Choisir une petite pièce dans laquelle le malade doit rester environ « une demi-heure à chaque fumigation, puis il est rapporté dans sa « chambre habituelle, où sont pratiquées d'une façon permanente des « évaporations de térébenthine. »

Le mélange peut être additionné d'huile essentielle de citron ou de lavande.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° La combustion de ce mélange de goudron de gaz et d'huile de té-

rébenthine, est une médication curative à employer dans la diphthérie.

2° Ces fumigations sont dissolvantes des fausses membranes au premier chef, et l'absorption de ces poussières de charbon est parfaitement supportée.

3° Ces fumigations sont parasiticides.

4° Au début de l'affection, elles enrayent la maladie.

5° Quand l'invasion ne date que de quelques jours, elles peuvent encore la guérir.

6° Elles rendent éminemment pratique l'opération de la trachéotomie ; quand celle-ci devient la suprême ressource, elles transforment cette opération, de palliative et expectante qu'elle était dans l'immense majorité des cas, en une opération à but bien déterminé, et elles en facilitent le succès.

7° Ces fumigations protègent ceux qui approchent les malades; par leurs propriétés parasiticides, elles éloignent la contagion ; elles peuvent servir encore à désinfecter les écoles, les asiles, les établissements publics.

8° Ces fumigations sont tout à fait inoffensives par elles-mêmes, et n'incommodent en rien les personnes qui soignent les malades.

Ditaine. — Principe actif obtenu de l'écorce de l'Alstonia Scholaris (Apocinées); plante employée à Java sous le nom d'écorce de Dita. Cette écorce renferme deux alcaloïdes isomères, la ditamine et la ditaïne, tous deux solubles dans l'éther. L'action de ces deux alcaloïdes est analogue à celle du curare. — Très vénéneuse. (Delpech.)

Eau très chaude. — Le Dr S. Gordon (*The New-York medical Journal*, 19 Avril 1884) conclut de la façon suivante dans un travail sur son traitement spécial de la gonorrhée :

En l'espace de 3 à 5 jours, la grande majorité des cas de gonorrhée, aussitôt qu'ils sont déclarés, sera guérie par l'emploi en injections, de l'eau aussi chaude que le malade pourra la supporter, répété trois fois en 24 heures.

Eau (Usage de l') en obstétrique. — L'emploi de l'eau contre les hémorrhagies post-partum n'est pas nouveau, mais cet emploi n'est pas encore fixé. Doit-on employer l'eau chaude ou l'eau froide ? Les avis sont encore partagés, et il n'est pas inutile de présenter les différentes opinions qui se sont produites ; Schwartz (*Cent. für Gynak.*, 19 Août), et Graefe (*Cent. für Gynak.*, 24 Mai 1884), adresse aux injections d'eau chaude, deux reproches principaux. Quand la température de l'eau n'est pas assez élevée, les injections, loin de provoquer les contractions, amèneront le relâchement des fibres utérines. Au contraire, si la température de l'eau est trop élevée, elles peuvent produire une paralysie irrémédiable de l'utérus. (Graefe.)

Il résulte des faits cliniques que l'eau chaude, pas plus que l'eau

froide, ne sont des moyens infaillibles pour arrêter les hémorrhagies utérines ; l'un et l'autre échoueront dans des proportions difficiles à établir. Toutefois, si nous en croyons le témoignage d'hommes très compétents (Althill, Farguar, Richter, Runge, Weston), si nous consultons les résultats obtenus dans son service à la Maternité, par le Dr Tarnier, où, depuis un an, on emploie ce moyen exclusivement et sans que jamais il y échoue, il semble que l'avenir doive appartenir aux injections d'eau chaude. La théorie et la clinique plaident en sa faveur.

Toutefois, dans certains cas rebelles, l'expérience a appris que la succession rapide de ces deux moyens opposés, pourra fournir des résultats heureux, que vraisemblablement on n'aurait pas obtenus par leur emploi séparé. L'eau chaude survenant brusquement après l'eau froide (Graefe, Runge, Bloch,) ou réciproquement (Dr Schwartz), l'effet sera rendu plus énergique (Dr Auvard, *Bulletin général de Thérapeutique.* 15 Juillet 1884.)

Eau chargée d'oxygène.— Le Dr Dujardin-Beaumetz a fait à la Société de Thérapeutique, une communication intéressante sur l'eau chargée d'oxygène et ses emplois en thérapeutique. MM. Brin frères obtiennent l'azote et l'oxygène en les puisant dans l'air libre. Ils se servent de la baryte qui absorbe l'oxygène, ce qui permet d'obtenir l'azote, et la baryte rend ensuite l'oxygène. On peut ainsi utiliser indéfiniment la baryte sans qu'elle subisse de modifications. C'est avec cet oxygène, obtenu à un prix relativement faible, que MM. Brin frères chargent sous pression, de l'eau dans les syphons, de la même façon que les syphons d'eau de Seltz. On peut ainsi charger d'oxygène, des syphons contenant de la limonade tartrique, du vin, de l'eau, etc. On peut aussi obtenir de l'eau chargée d'ozone.

Cet ozone est obtenu en faisant passer le courant d'oxygène à travers des étincelles déterminées par une forte machine électro-dynamique.

J'ai employé, dit M. Dujardin-Beaumetz, dans mon service, exclusivement l'eau chargée d'oxygène. Je la donne au même titre que l'eau de Seltz, et je fais couper le vin, le lait avec cette eau ainsi chargée d'oxygène. Notre savant confrère n'a jamais observé d'accident du côté de l'estomac ; quelques malades ont un peu de dégoût de cette eau, qui est fade, et n'a pas le piquant de l'eau gazéifiée par l'acide carbonique. Dans le diabète, le même observateur n'a obtenu que peu ou point d'action.

Il se demande, en terminant sa communication, si cette eau peut modifier les fermentations au même titre que l'eau oxygénée, et, cela étant, si on ne pourrait pas appliquer ces eaux oxygénées à ces fermentations exagérées, qui se développent dans le tube digestif, et sur lesquelles le professeur Bouchard a insisté, il y a peu de temps, basant sur ces fermentations et les alcaloïdes qui en découlent, tout un ensemble symptomatique auquel il a donné le nom de *stercorémie.*

Eau oxygénée. — De nombreuses observations cliniques ont démontré l'efficacité de l'eau oxygénée dans la curation des plaies, des abcès; dans le lavage des cavités kystiques, dans la purulence des plaies, dans la diphthérie, la blennorrhagie, etc.

Notre sympathique Secrétaire, le Dr Larrivé, vous a prouvé son action curative dans les diarrhées rebelles de Cochinchine.

Notre collègue nous a lu un travail très intéressant, dans lequel il propose l'eau oxygénée contre le choléra; l'eau oxygénée, se décomposant instantanément au contact des muqueuses en eau et en oxygène, rend ainsi à l'économie ce qui lui manque; elle agit également comme désinfectant très énergique.

M. le Dr Landolt, qui a employé le peroxyde d'hydrogène en ophthalmologie, a publié les résultats de sa pratique dans les Arch. d'opht., II, p. 385.

Eau ozonisante.—Il a été observé par le Dr Onimus que, pendant la dernière épidémie, on n'a pu constater nulle part à Marseille, de réaction ozonométrique, sauf à la gare où l'on use de lumière électrique; les observations d'Onimus, de Bœckel (de Strasbourg), en 1854 et 1855, du Dr Courtout à Thann, de Berigny à Versailles, du Dr Hunt à Londres, ont montré la relation intime qui se manifeste entre la diminution d'ozone et l'augmentation de l'intensité cholérique.

Le Dr Bremont fils, devant la difficulté que l'on éprouve à produire artificiellement de l'ozone, et ayant remarqué que par les vapeurs térébenthinées, on pouvait mettre l'économie en possession de ce gaz, est arrivé à fabriquer l'ozone d'une façon très simple et peu coûteuse. Au moyen du pulvérisateur Mathieu, on poudroie l'essence de térébenthine par la vapeur d'eau, et l'air se charge d'ozone, ce que les papiers réactifs démontrent d'une façon évidente.

On peut encore, savons-nous, produire de l'ozone dans une chambre de malade, en faisant évaporer dans une cupule en porcelaine plongée dans un bain-marie, du baume du Commandeur, ou de la Mecque, dans la proportion de 15 parties de baume pour 500 d'eau.

Emplâtre salicylé. — Traitement de la kératodermie par l'emplâtre salicylé.

Le Dr G. Thin rapporte dans le *British medical Journal* de Décembre 1883, quatre cas dans lesquels il a employé, avec le plus grand succès, l'emplâtre salicylé à la gutta-percha, contre l'épaississement de la peau des mains et de la plante des pieds. On doit laisser l'emplâtre constamment appliqué sur les parties malades, et ne le changer que tous les trois ou quatre jours. Après un certain temps, la couche cornée de l'épiderme tombe, et laisse au-dessous d'elle un épiderme de nouvelle formation, rose et délicat. Quelques mois après, il peut être nécessaire de faire une seconde application; mais, dans beaucoup de cas, une seule application suffit pour produire une amélioration réelle qui dure longtemps.

F. Vigier, préconise, dans la *Gazette hebdomadaire*, un topique contre les cors dont l'acide salicylique fait la base; son efficacité nous a été plusieurs fois démontrée. La formule est celle-ci :

Acide salicylique..........................	1 gram.
Extrait alcoolique de Cannabis Indica.......	0 gr. 50 centig.
Alcool à 90°...............................	1 gram.
Ether à 62 degrés..........................	2 gr. 50 centig
Collodion élastique	5 gram.

f. s. a. un mélange que vous conserverez avec soin dans un flacon bien bouché.

Tremper un pinceau ou le bout d'une allumette dans le liquide ; on le passe à plusieurs reprises sur la partie cornée, on renouvelle cette opération tous les deux jours pendant une semaine, et quelques jours après, le cor s'enlève avec la plus grande facilité, sous la pression du doigt, ou à la suite d'un bain de pieds.

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Programme d'Hygiène des Européens dans l'isthme de Suez, par le Dr Girerd (1). — Ce petit livre s'adresse aux nombreux Européens que le percement de l'isthme de Suez attire pour la première fois dans un climat brûlant; il leur indique les règles à suivre pour conserver leur santé et arriver à l'acclimatement. Dans une première partie, l'auteur fait connaître l'action physiologique du climat torride sur l'homme; dans une seconde, il indique les influences pathogéniques et les conditions de l'acclimatation. C'est dans cette partie qu'il est dit quelques mots de la flore et de la faune au point de vue médical. Avec les plantes vénéneuses du reste encore peu connues, l'isthme contient un certain nombre d'animaux dont le voisinage manque complètement d'agrément pour l'homme. Nous citerons d'abord les *garapates*, un petit arachnide dont la piqûre cause une cuisson des plus désagréables, puis les *scorpions* qui fourmillent dans l'île et s'introduisent avec tant d'audace dans les maisons qu'il est prudent de faire l'inspection de ses draps de lit avant de se coucher et celle de son linge avant de le mettre. Les bords des rivières sont peuplés par de nombreux caïmans dont l'au-

(1) Un vol. in-12, chez Doin, Paris, 1884.

dace ne connaît point de bornes. Enfin, terminons cette courte énumération en disant que l'inévitable moustique se rencontre là comme dans tous les pays chauds. Avec la malaria, la fièvre jaune, la dysenterie, les insolations, etc., on voit que l'Européen ne manque pas d'ennemis ; mais grâce aux conseils du Dr Girerd; il saura bientôt les éviter ou tout au moins en atténuer les dangers. Pour cela, il ne devra pas partir sans ce petit manuel, dont la lecture sera une très utile distraction pendant la traversée.

Dr H. Cellard.



FORMULAIRE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

—

De l'acné varioliforme
(Besnier)

Ce nom a été donné par Bazin à une maladie que Bateman, qui l'a décrite le premier, appelait : *molluscum contagiosum*.

Elle siège à la face, au cou, aux organes génitaux. Elle est constituée par de petites tumeurs étalées à la surface de la peau qu'elles surplombent en entier, blanches, éburnées, avec un orifice d'où sort une matière blanchâtre, crayeuse ou un comédon filiforme.

On a été longtemps avant de se douter qu'elle avait son origine dans les follicules sébacés de la peau. Les glandes annexées aux poils n'en sont pas le siège, parce qu'elles sont trop profondes, mais les glandes sébacées dépourvues de follicules pileux et très superficielles.

C'est une affection certainement contagieuse, mais dont le principe contagieux est inconnu.

Pour l'école de Vienne, ce n'est qu'une prolifération banale, une acné hypertrophique dont la matière sébacée prolifère au point de distendre le follicule — Pour M. Vidal, c'est une dégénérescence colloïde des cellules du corps de Malpighi, qui sont la partie sécrétante des follicules sébacés. — M. Renaut, de Lyon, nie la dégénérescence colloïde et croit à une production cornée des follicules sébacés. — M. Cornil déclare expressément que c'est une chose inconnue et non une dégénérescence colloïde ou une production cornée.

Nous en sommes donc au même point que Bateman : affection contagieuse constituée par de petites verrues ressemblant à des perles, faciles à diagnostiquer et à guérir.

Le traitement consiste à faire

pincer la peau, passer une épingle, énucléer la tumeur avec une curette ou la détruire avec le fer rouge.

VARIÉTÉS

Cours pratique d'accouchements et de manœuvres. — M. le Dr Verrier, ancien préparateur du cours magistral de M. le Professeur Pajot, à la Faculté de médecine, commencera ce cours le lundi 13 avril prochain, à 5 heures 1/2, 93, boulevard Saint-Germain, et le continuera tous les jours à la même heure, le jeudi excepté. Examen comparatif des méthodes, procédés et instruments employés en obstétrique. On s'inscrit chez M. Verrier, 129, rue Saint-Honoré, les lundis, mercredis, et vendredis, de 3 à 5 h.

Maladies mentales. — Après l'interruption des vacances de Pâques, M. le Professeur Ball reprendra son cours de clinique des maladies mentales, dimanche 12 avril, à 10 heures, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure (Asile Ste-Anne, rue Cabanis, n° 1).

Clinique des maladies des femmes a l'Hotel-Dieu. — M. le Dr Gallard, médecin à l'Hôtel-Dieu, reprendra, le mardi 14 avril, ses leçons interrompues pendant les vacances de Pâques.

Congrès de chirurgie.— Ainsi que nous l'avions annoncé, le Congrès français de chirurgie a inauguré sa session lundi dernier. Un grand nombre de chirurgiens étrangers et français ont répondu à l'appel qui leur a été fait. Après les travaux préparatoires d'organisation, M. le président Trélat a ouvert la première séance publique, lundi dans l'après-midi, et les communications ont immédiatement commencé. Nous en publierons le compte rendu dans notre prochain numéro. De très intéressantes communications sur l'étiologie et la pathogénie des affections chirurgicales ont défrayé les premières séances et ont donné lieu à de savantes discussions.

Société médico-pratique. — Ordre du jour de la séance du 13 avril :

1. M. Rœser, rapport sur les candidatures de MM. Gouguenheim, Martin et Yot.
2. Élection d'un second Vice-Président et d'un Secrétaire général adjoint.
3. M. Barette, Des diverses variétés d'orchite consécutives au cathétérisme.
4. M. Gouell, observation de roséole déterminée par l'antipyrine.
5. M. Boucheron, des cyclites rhumatismales légères.
6. M. Calmettes, de la syphilis héréditaire du labyrinthe.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 13 avril 1885, à 4 heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des référés. Ordre du jour : M. Rocher, sur les syndicats médicaux ; M. Fredet, de Clermont, sur un cas de mort par asphyxie ; M. Brouardel, empoisonnement d'un enfant par le lait de sa mère. Rapport de la commission de jurisprudence.

Cours complet d'accouchements en 42 leçons.— MM. Bar et Auvard recommenceront leur cours d'accouchement le *lundi 27 avril*, à 4 h. 1/2 du soir, 5, rue du Pont-de-Lodi. MM. les étudiants seront exercés au diagnostic des présentations et positions, au diagnostic des rétrécissements du bassin ainsi qu'aux manœuvres obstétricales. Pour les ren-

seignements et pour se faire inscrire, s'adresser soit à M. le Dr Bar, 4, *rue Saint-Florentin*, soit à M. le Dr Auvard, 21, *rue de Lille*, les lundi, mercredi et vendredi à 1 h. 1/2.

Nécrologie.— Le Dr Prosper Lucas, ancien médecin de Bicêtre et de l'asile Sainte-Anne, vient de mourir à Mennecy (Seine-et-Oise), à l'âge de 70 ans. Le Dr Raynaud, médecin au 111e de ligne, a été tué à Bang-Co, Tonkin. Nous avons également à enregistrer la mort du Dr Langlois (Auguste-Adolphe), du Puy.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 avril 1885. — Présidence de M. U. Trélat.

Eaux minérales. — M. Gautier lit un rapport sur le service des eaux minérales pendant l'année 1882.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un correspondant national dans la première division. La commission avait classé les candidats dans l'ordre suivant : En 1re ligne, M. Mignot, de Chantelle (Allier) ; en 2e ligne, M. Rollet, de Lyon ; en 3e ligne, M. Feltz, de Nancy ; M. Oré, de Bordeaux, est adjoint à cette liste par l'Académie, M. Oré est nommé par 33 voix contre 10 à M. Mignot, 7 à M. Rollet et 2 à M. Feltz.

Remèdes secrets. — M. Méhu lit un rapport dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

Ostéo-sarcome à forme pulsatile de l'extrémité inférieure du fémur gauche, chez un vieillard de 72 ans. Amputation au tiers supérieur ; guérison. — M. Vaslin (d'Angers) lit un travail qui est renvoyé à une commission composée de MM. Tillaux, Sée, Polaillon.)

Nature et traitement de l'angine diphthéritique. — M. Viard (de Montbard) s'appuie sur 14 observations pour penser que l'angine diphthéritique guérit presque toujours, sinon toujours, par la cautérisation au nitrate d'argent précédée de l'ablation des fausses membranes. L'angine diphthéritique lui paraît en effet une maladie purement locale au début.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er avril 1885. — Présidence de M. Horteloup.

Fracture de la rotule. — M. Desprès présente une pièce anatomique provenant d'un vieillard mort dans son service. Il s'agit d'une fracture de la rotule consolidée. On voit que les deux fragments sont réunis par un cal fibreux contenant des aiguilles osseuses. Il y a très peu de mobilité.

Laparotomie. — M. Gillette, à l'occasion du rapport fait dans la dernière séance par M. Terrier sur une communication de M. Jeannel, déclare n'être pas de l'avis de M. Le Fort quand il dit que la laparotomie est une opération réglée, plus simple que l'entérotomie. Il est loin, en effet, d'en être toujours ainsi et M. Gillette se range à l'opinion moins optimiste de MM. Berger et Monod. Il a pratiqué plusieurs de ces opérations et la comparaison qu'il peut faire entre la laparotomie et l'anus contre nature n'est pas en faveur de la laparotomie. M. Gillette, a pratiqué trois fois cette dernière opération : la premiere fois, c'était à Bicêtre, sur un homme de soixante ans, du service de M. Debove, présentant les symptômes d'un étranglement interne type. Au moment même où M. Gillette, après avoir fait son incision, introduisait la main dans le ventre, cet homme fut pris d'un vomissement par action réflexe et succomba pendant le cours même de l'opération. On fit l'autopsie, on ne trouva rien : pas même l'ombre d'un étranglement interne.

Le second cas est celui d'un marchand de vin, gras, alcoolique, présentant depuis dix jours tous les phénomènes d'un étranglement interne. Il y avait une distension énorme du ventre. M. Gillette fit la laparotomie ; il leva bien quelques brides abdominales sans importance, mais il ne trouva aucun obstacle sérieux. Il referma le ventre. Les accidents persistèrent comme avant l'opération et le malade succomba quarante-huit heures après.

Le troisième cas fut opéré à l'hôpital Tenon ; il s'agissait d'un homme de cinquante ans chez lequel M. Gillette trouva un diverticule intestinal. Il succomba également quarante-huit heures après l'opération.

Quant aux cas d'anus contre nature, ils ont été suivis de résultats plus satisfaisants. Le premier cas fut opéré par M. Gillette à Conflans ; il s'agissait d'un étranglement datant de six jours. Le malade a eu une survie de dix-neuf mois. Le second fait d'anus contre nature avait trait à un homme maigre, diabétique ; il a eu une survie de treize mois. Le troisième cas a été opéré à Tenon ; il s'agissait d'un anus contre nature à droite, selon la méthode de Nélaton. Quinze jours après, ce malade rendait par l'anus 15 centimètres d'intestin sphacélé. Ce malade a succombé. Enfin un quatrième cas a trait à une grosse femme qui a succombé quinze jours après l'établissement de l'anus contre nature.

On peut aisément conclure de ces faits que l'anus contre nature est une opération bien moins grave que la laparotomie ; que c'est une opération réglée, parant de suite aux accidents de l'étranglement, permettant d'attendre la cessation souvent spontanée de ces accidents. Avec la laparotomie, le chirurgien va à la recherche de l'inconnu, à l'aventure ; c'est une opération incontestablement plus grave que la première, et, qui plus est, se terminant souvent par un anus contre nature. On fait alors deux opérations au lieu d'une. La laparotomie ne convient que dans certains cas : dans les cas de brides, de volvulus ou d'invagination ; mais le diagnostic est extrêmement difficile ; on ne sait jamais au juste d'avance ce qu'on va trouver ; et dans bien des cas où l'on a pratiqué sans succès la laparotomie, l'établissement d'un anus contre nature aurait peut-être sauvé les malades.

M. Polaillon dit que la question du choix de l'opération est dominée par le diagnostic de la cause de l'étranglement ; s'il s'agit d'une tumeur, il vaut mieux faire l'anus contre nature ; s'il s'agit d'une bride ou d'un volvulus, il vaut mieux recourir à la laparotomie.

M. Berger dit qu'il faut bien faire le départ des cas de laparotomies pratiquées en présence de symptômes d'étranglement, de ceux où il s'agit de hernies ou d'étranglements herniaires. Dans ces derniers cas, on compte une notable proportion de succès. Il ajoute que, dans les cas où l'étranglement a pour cause la présence d'une tumeur, la constitution d'un anus contre nature est seule indiquée.

M. Terrier fait observer qu'on se trouve dans cette discussion,

comme presque toujours, en présence de chirurgiens qui sont pour le progrès et d'autres qui sont contre lui. Il est incontestable qu'une laparotomie qui permet de sectionner une bride est infiniment préférable à un anus contre nature. Les statistiques, en fait de laparotomie, ne signifient pas grand'chose. Chaque laparotomie est, pour ainsi dire, une opération spéciale. Il est utile d'avoir des observations détaillées, bien étudiées. Il n'y a pas de comparaison à établir entre l'anus contre nature et la laparotomie. Le premier est une opération palliative, la seconde est une opération curative.

M. TRÉLAT dit que lorsque l'on est en présence d'une occlusion intestinale grave, on est en présence d'un cas mortel. Aussi faut-il s'estimer encore heureux si, dans ces cas, on parvient par l'opération à arracher quelques victimes à la mort. Il ne faut pas, en pareil cas, mettre la mortalité sur le compte de l'opération, mais bien sur le compte de la gravité de l'affection. Comme l'a dit très justement M. Polaillon, c'est là une affaire de diagnostic. Or le diagnostic est toujours extrêmement difficile dans ces cas.

M. DESPRÉS n'admet pas qu'on pratique la laparotomie dans les cas de cancers intestinaux. L'anus contre nature doit être conservé pour ces cas.

Albuminurie post-opératoire. — M. TERRIER, rappelle avoir fait une communication en décembre 1884 sur la présence de l'albumine dans les urines d'un individu soumis à l'anesthésie par le chloroforme pour des opérations graves. Il résulte des nouvelles recherches de M. Terrier sur ce sujet, que la présence de l'albumine, exceptionnelle avant l'anesthésie et l'opération, est assez fréquente après l'anesthésie, et presque constante après l'anesthésie et l'opération. Il faut distinguer ici l'action du chloroforme et l'action du traumatisme. La durée de l'opération joue un grand rôle sur la production de l'abuminurie. En effet, la quantité de l'albumine dans les urines augmente avec la durée de l'opération. L'hémorrhagie est aussi une cause d'albuminurie post-opératoire.

Chlorhydrate de caféine. — M. TERRIER, pensant que la caféine pourrait remplacer la cocaïne comme anesthésique de la cornée, a fait d'abord des expériences sur un chien, qui lui ont prouvé qu'en effet le chlorhydrate de caféine avait la même action anesthésique, peut-être un peu moins forte que le chlorhydrate de cocaïne. Après avoir injecté deux gouttes d'une solution de chlorhydrate de caféine à 2,50 p. 100, l'anesthésie a été complète.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU IX[e] ARRONDISSEMENT.

Séance du 12 *fév.* 1885. — Présidence de M. DE BEAUVAIS.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. ROUGON fait une remarque générale concernant la rédaction des procès-verbaux.

M. DE BEAUVAIS fait une rectification au sujet de la nouvelle qui a été donnée de la mort de M. DANJOY; il est heureux d'annoncer que ce confrère se porte à merveille.

M. DELEFOSSE, secrétaire général, dépouille la correspondance qui comprend deux lettres d'excuses de MM. Piogey et Boucomont; — une lettre de candidature de M. Crouigneau,

Commission pour cette candidature : MM. Brémond, Rougon, Dehenne, rapporteur.

M. Dehenne offre une thèse d'un de ses élèves, *sur la Pilocarpine.*

M. Brémond fait une présentation d'une importation anglaise. Ce sont des tablettes qui, dissoutes, peuvent servir aux injections sous-cutanées.

M. Gouguenheim rappelle que M. Legroux a présenté à la Société médicale des hôpitaux des tablettes médicamenteuses dont il use dans le même but.

M. Nitot observe que la question du dosage est des plus importantes, surtout quand il s'agit d'alcaloïdes ; les dilutions titrées lui paraissent préférables.

M Brémond répond que le dosage des tablettes est garanti.

M. Delefosse a eu l'occasion de causer sur ce sujet avec un pharmacien des hôpitaux ; il lui a été dit par ce dernier qu'au bout d'un certain temps, il était impossible d'être sûr de la quantité d'alcaloïde contenue dans les granules les mieux faits : ces alcaloïdes subissent à la longue une transformation qui enlève toutes leurs qualités. — En est-il de même de ces tablettes ? C'est probable.

M. Brémond pense que la comparaison n'est pas possible, le mode de fabrication et la composition des tablettes étant tout à fait différents de celui des granules.

Diverses remarques sont faites par plusieurs membres à ce sujet.

M. Delefosse annonce qu'il a été décidé que le banquet annuel aurait lieu le 3e jeudi de novembre. La séance est levée à 9 h. 1/2

Le Secrétaire général,
Dr Delefosse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 *mars* 1885. — Présidence de M. Delthil.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès verbal, M. Boyer dit qu'en communiquant son **observation sur l'emploi de la décoction du bois du Piché** pour le traitement des calculs vésicaux, il n'a fait que servir d'intermédiaire entre l'auteur de l'observation et la Société. Il croit que cette décoction a une action efficace sur

les affections purulentes de la vessie. Quant à son action sur les calculs, elle lui paraît douteuse. Il engage les membres de la Société à expérimenter ce médicament.

M. LIMOUSIN dit que cette plante a été examinée par son ami M. Mussat, professeur de botanique à l'école de Grignon et préparateur du cours de botanique à la Faculté de médecine, lequel est arrivé à déterminer que cette plante n'est autre chose que le **Fabiana Imbricata** (sous arbrisseau de la famille des solanées, tribu des nicotianées), espèce originaire du Chili, voisin de l'Equateur et qui a été décrite la première fois par Ruiz et Paron.

M. LIMOUSIN met sous les yeux de la Société des fleurs de la plante revenues à leur état normal par leur immersion dans l'eau tiède, ainsi que le diagramme des organes sexuels dessiné par M. Mussat.

M. LARRIVÉ a la parole pour une rectification au procès-verbal de la séance du 20 novembre 1884.

M. BROCHIN, secrétaire général adjoint, procède au dépouillement de la correspondance, qui comprend, outre les journaux périodiques, une lettre de remerciements du Dr Apostoli pour son admission dans la Société ; une lettre de M. le ministre de l'Instruction Publique demandant que la Société se fasse représenter par deux membres au Congrès des Sociétés savantes ; une lettre de M. Gillet de Grandmont s'excusant de ne pouvoir assister à la séance à cause de son état de santé qui ne lui permet pas encore de sortir.

Le Président annonce que M. Josias a été nommé officier de l'Instruction Publique.

M. BOULOUMIÉ offre à la Société un opuscule sur les **Eaux minérales aux expositions.**

S'appuyant sur ce qui s'est passé à l'Exposition de Nice, il signale les inconvénients qu'il y a pour les médecins à faire partie de jurys dont les décisions ne sont pas respectées et sont modifiées par un jury dit supérieur, mais nullement spécial.

M. TOLÉDANO fait un rapport verbal sur la candidature de M. Dubois de La Vigerie au titre de membre associé et conclut à son admission.

Ces conclusions sont adoptées.

M. MONIN lit un rapport sur la candidature de M. Odin comme membre associé.

Les conclusions favorables à son admission sont adoptées.

Sur la proposition de M. DUCHESNE, la Société décide qu'elle

se réunira tous les jeudis à partir du 18 mars, jusqu'à ce que le travail de M. Campardon soit terminé.

M. CAMPARDON continue la lecture de son rapport sur les applications nouvelles à la thérapeutique.

La séance est levée à 6 heures et la suite du rapport de M. Campardon est renvoyée à la prochaine séance.

Le Secrétaire annuel,
Dr TOLÉDANO.

Séance du 19 *mars* 1885. — Présidence de M. DELTHIL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et après quelques observations présentées par MM. Gillet de Grandmont, Terrier, Campardon, est adopté avec les modifications proposées par M. Gillet de Grandmont.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL procède au dépouillement de la correspondance qui comprend, avec les publications périodiques ordinaires :

Une lettre de remerciements de M. le Dr MARIUS ODIN, nommé membre correspondant.

Une lettre de M. VIGIER s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

Polypes utérins.—Une lettre de M. RÉGNIER (de Surgères), donnant des renseignements complémentaires sur la malade dont il a communiqué l'observation et qui a été discutée dans la séance du 20 novembre 1884.

La malade atteinte de polypes utérins dont j'ai envoyé l'obvervation à la Société de médecine pratique de Paris vient de mourir.— Il y a quinze jours environ, après une année de santé presque parfaite, des ménorrhagies utérines discrètes se sont produites. L'intervalle de cet écoulement sanguin, constamment occupé par l'excrétion d'un liquide sanieux et fétide ; l'existence d'une masse imposante engagée dans le conduit vaginal, imposaient la nécessité d'une intervention.

Le corps fibreux, saisi par une érigne à manche, et fortement abaissé, put être réséqué en partie, absence du reste du pédicule bien dessiné. — Après l'intervention, pour obéir aux indications posées par un de nos argumentateurs, le Dr Brochin, glace en permanence sur l'abdomen; pendant huit jours, absence de fièvre et de sensibilité utérine. Tout va bien, lorsqu'au neuvième jour la malade accuse brusquement une violente douleur dans le membre inférieur gauche. Le membre est froid, les élancements sont atroces, la coloration des orteils

plus foncée que celle des orteils du côté opposé. Les battements de la fémorale sont insensibles, le membre a lui-même perdu toute sensibilité. Le pincement, les piqûres cessent d'être accusés, quelques taches ecchymotiques se dessinent sur le membre et la gangrène annoncée dès l'invasion envahit la totalité du membre et emporte la malade.

Cette intéressante malade a évidemment succombé à une embolie artérielle ; à la suite de la première tentative opératoire, mêmes phénomènes dans la veine crurale et dans le système circulatoire du cerveau; phlegmatia alba dolens, ramollissement du cerveau, paralysie consécutive ; elle guérit. Dans la seconde manœuvre opératoire, malgré la glace et le mode d'extraction, qui n'était plus l'arrachement, l'embolie s'accuse de nouveau et cette fois c'est le système artériel qui est frappé. Mes distingués collègues ne sauraient donc incriminer plus longtemps le traitement chirurgical et médical qui est le leur et se trouvent forcément amenés par cet épilogue à accuser uniquement de tous les méfaits survenus la disposition singulière du sang de cette opérée à se prendre en caillots et à obstruer les deux systèmes circulatoires. Je suis sûr d'avance qu'ils auront la bonne foi de le reconnaitre et de l'affirmer.

M. Duchesne présente de la part de M. le Dr David, un travail intitulé : **L'anesthésie et les dentistes** (étude de jurisprudence médicale).

M. Campardon un travail sur l'**Erygeron Canadense.**

M. Michel fait un rapport sur le travail adressé à la Société de médecine pratique par M. le Dr Séjourné, pour le prix biennal, sur la **Pathogénie du vomissement.** M. le rapporteur conclut à la nomination de M. Séjourné au titre de membre correspondant. Ces conclusions sont adoptées.

M. Bouloumié offre à la Société un travail sur **les Déformations goutteuses et leur traitement** — et sur **la Pyélo-néphrite consécutive à la scarlatine.**

L'ordre du jour appelle la fin de la discussion du rapport de M. Campardon sur les applications nouvelles à la thérapeutique.

M. le Président, au nom de la Société, adresse à l'auteur ses félicitations et ses remerciements.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE : COMMUNICATION DE M. LEUDET (DE ROUEN) SUR LA TUBERCULOSE. — CONFÉRENCES CLINIQUES DU PROFESSEUR PETER A LA CHARITÉ — L'INDEX MEDICUS.

Laissant de côté la discussion des doctrines microbiennes dans leurs rapports avec la phtisiologie, M. Leudet a fait une enquête clinique sur les conditions pathogéniques de la tuberculose étudiées surtout dans la classe aisée où le rôle de la contagion est le plus restreint possible. L'enquête ayant porté sur 143 familles de sa clientèle privée, formant un total de près de 1,500 individus, on voit que le savant médecin de Rouen était en droit d'en tirer des conclusions qui, basées sur un nombre aussi important de faits mûrement examinés, imposent la plus grande considération.

Nous ne dirons rien du rapport sur le prix Desportes lu par M. Constantin Paul parce que, malgré une attention très soutenue, nous n'avons pu en entendre que quelques mots. Heureusement l'auteur a assez de crédit dans le monde médical pour

FEUILLETON

LA MÉDECINE ANECDOTIQUE.

Mon cher Directeur,

Je vous envoie quelques notes gaies pour reprendre la série de nos anecdotes interrompues depuis longtemps.

Je vous donne d'abord la Visite d'ambulance faite au régiment par le colonel Ramollot.

SERVICE D'AMBULANCE.

Ne suis pas médecin, c'possible, mais mémorez-vous bien de la chose que je n'coupe pas dans la tisane.

On a f.. des docteurs dans les régiments qui n'connaissent rien d'la chose de carotte. J'ai assisté l'autre jour à la visite ; m'a fait suer, parole d'honneur.

qu'on soit *a priori* persuadé qu'il a dû faire, à cette occasion, un travail consciencieux et intéressant.

Mercredi dernier, le professeur Peter a commencé, dans son service de la Charité, une série de conférences cliniques qu'il se propose de continuer les lundis et mercredis suivants. Ces conférences, faites au lit du malade, seront de plus en plus goûtées, parce qu'elles offrent aux élèves comme aux praticiens un enseignement dans lequel toutes les questions à l'ordre du jour sont abordées au fur et à mesure que les hasards du service les mettent en avant, et sont étudiées avec un esprit critique et clinique du meilleur aloi. C'est ainsi qu'à propos d'un malade atteint d'hépatite interstitielle et d'angiocholite, M. Peter a fait une esquisse très vivante de la cirrhose en général et de ses principales modalités. Nous ne parlons pas du relief que donne à ces causeries cliniques l'esprit familier bien connu du professeur, et qui suffirait à lui seul pour en assurer le succès.

Une bonne nouvelle nous arrive d'Amérique. L'*Index Medicus*, cette publication si précieuse pour la science et pour les travailleurs, et dont l'existence était fort compromise, va continuer de paraître grâce à la libéralité de la maison Georges S. Davis (de Detroit) qui prend la charge de son existence matérielle, et aussi grâce au dévouement des docteurs Billings et Fletcher (de Washington) qui continuent à être les meilleurs garants de la valeur consacrée de ce recueil.

L'docteur f... à ces gaillards-là deux jours d'hôpital, trois jours, quatre jours d'hôpital ; pour un peu, leur aurait fait un bail !

Une visite, voilà comment ça s'passe quand on a du poil sous l'nez. n... de D.. !

— Comment vous app'lez-vous !.

— Léon-Hilaire Triquet.

— Quelle compagnie !

— Quatrième du trois.

— S'vous d'mandez !

— Docteur, j'ai des douleur de tête qui..

— Douleurs ! douleurs ! f... moi quinze giffles à c't'homme-là pour lui faire changer ça de place.

— Un autre !

— S'vous demandez !

— Docteur, je ne vois plus clair et...

REVUE PROFESSIONNELLE

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Dimanche dernier, 12 avril, dans le grand amphithéâtre de l'assistance publique, les représentants de l'Association générale des médecins de France se sont réunis pour la 26e fois.

Le président, M. H. Roger, a fait les honneurs de la séance à ses confrères de Paris et de la province avec sa bonne grâce, sa courtoisie, sa libéralité habituelles.

Le compte rendu de cette première séance ayant, à l'heure qu'il est, paru dans plusieurs journaux, nous ne nous y attarderons pas. Nous donnerons seulement, d'une façon sommaire, les chiffres qu'il est bon de retenir : L'Association, qui avait atteint son premier million en 1876, après 17 ans d'existence a dépassé aujourd'hui le second, c'est-à-dire qu'elle n'a mis que 9 ans pour arriver au but qui lui avait demandé, la première fois, un effort de 17 années. A ce compte, elle sera probablement trois fois millionnaire en 1891. Sera-t-elle riche ! Elle aura sans doute beaucoup d'argent ; mais si l'on entend par richesse l'excédent des revenus sur les dépenses, elle fera bien de renoncer, dès à présent, à atteindre jamais ce résultat. Lorsqu'il s'agit de bienfaisance et de secours, les besoins et les demandes l'emportent toujours sur les ressources disponibles.

Sous ce dernier rapport, voici quelle est la situation : Le capital de la caisse des pensions qui était, l'année dernière, de 828,655 fr., s'est augmenté de 62,598 fr. Il est donc maintenant de 891,154 fr., ce qui représente 35,800 fr. de rente. L'Association, avec cette somme, paye 27 pen-

— Plus ! plus clair ! f... moi c'gaillard-là à l'ombre, puisque l'grand jour lui fait du mal : viendrez m'trouver quand ça s'ra passé, et tâche moyen qu'ça passe vite, ou sans ça, je vous f... au cachot.

A un autre.

— S'qui vous faut, mon garçon ! ·

— Docteur, je suis tombé dans l'escalier et j'ai l'épaule qui me fait bien souffrir.

— Souffrez épaule, pas vrai ; bon, démise pour lors, hein ! Eh bien ! allez m'scier une voie d'bois pour la cantine. A force d'la faire aller, se r'mettra.

A un autre...

Et voilà la chose. Mais ce n'est pas en f... des machines sucrées aux hommes qu'on les dégoûtera d'hôpital, c't'évident.

Ceux qui sont malades, qu'on leur f... tout le temps de l'huile d

sions à 600 fr. ; 23, à 500 ; 9, à 400 ; et 15, à 300 fr. Elle compte donc 73 pensionnaires.

Parmi les généreux donateurs de la Société, M. le Président a cité les noms de: M. Ricord, « chez qui l'esprit et le cœur font si bon ménage », et qui ne sait pas ce que c'est que de tenir la main fermée ; MM. Desgranges, Seux, Vidal, Bouchacourt, Larrey, Brun, Foville, Leroy de Méricourt, Hérard, Bougon, Burdel (de Vierzon), les élèves de M. Siredey, Majolin, Leroy-Dupré, Bourdin, Pécin, ; M. le Professeur Lannelongue, nommé récemment Président de la Société centrale, en remplacement de M. Gosselin, démissionnaire, a payé sa bienvenue par un don de 2,000 fr., et M. Roger, atteint sous ce rapport de la même affection incurable que M. Ricord verse, au début de la séance, la somme de 1.000 fr., à imputer sur l'exercice de 1885. Après les vivants, il faut citer les morts qui ont voulu être secourables même par-delà le tombeau : Bufy, de Lavison, Oulmond, Deslander, Lasserre, Lecaire (du Havre), la famille du Dr Fabre, (de Marseille), Mme X., femme d'un médecin, etc., etc.

Madame Vve Ruthery et madame la baronne Cloquet ont tenu à sanctionner, en les dépassant, les cotisations de leurs maris.

Après l'allocution de M. le Président et l'exposé de la situation par M. le Trésorier, l'assemblée a successivement entendu et chaleureusement applaudi les rapports de M. Horteloup, félicitant et remerciant M. Brun à propos de la comptabilité de l'œuvre ; de M. Foville, exposant la situation générale, et de M. Durand-Fardel proposant le remplacement des pensionnaires décédés et l'augmentation du chiffre de la pension pour plusieurs des survivants.

---

ricin, rien que de l'huile de ricin, vous m'en direz des nouvelles.

Ceux qui claqueront d'obstination et autre, bon débarras pour les régiments, éviteront ainsi de s'faire fusiller. Les autres, les f... dedans pour l'éloignement de récidive. Autrement n'aurons jamais que des poules mouillées.

Quoique les combles ne soient plus à la mode, j'en ai réuni quelques-uns qui tiennent plus ou moins à l'ordre médical :

Le comble de la surprise pour une sage-femme, est :
De voir sa chambre à coucher.

Le comble de la fécondité :
Concevoir des inquiétudes et engendrer la mélancolie.

Le comble du vaccin :
Vacciner le petit bras de la Seine.

Le comble de l'hydrologie :
Faire sortir de l'eau d'une pompe funèbre.

Le lendemain, 13 avril, s'est tenue, au même lieu, la réunion des Présidents et délégués des Sociétés locales. Les deux points principaux sur lesquels ont porté les discussions sont, d'une part, le résultat de l'enquête ouverte depuis un an relativement à la question des rapports qui doivent s'établir entre les syndicats médicaux à les sociétés locales, — et d'autre part, sur la proposition de M. le Dr SURMAY, d'établir un ordre de médecins.

Le Conseil général a voté la prise en considération de cette proposition dont l'importance n'échappe à personne. Il a décidé en même temps que le projet de M. le Dr Surmay, ainsi que la proposition de M. le Dr MANGEOT (de l'Aube) et les décisions du congrès médical de 1845 sur le même sujet, seraient publiés dans l'Annuaire de l'Association qui paraîtra au mois de juin prochain. M. le Secrétaire général adressera à toutes les Sociétés locales une circulaire les engageant à étudier en commun la question, et à donner des instructions à leurs délégués, afin que la discussion puisse s'ouvrir utilement à cet égard lors de la prochaine réunion, au mois d'avril 1886.

Nous aurons, sans doute, d'ici là, l'occasion de revenir nous-même sur ce sujet.

HEMMEL.

REVUE CRITIQUE

DES ADHÉRENCES DE L'INTESTIN DANS LES HERNIES

Par le Dr BARETTE.

(*Suite.* — *Voir le numéro 7 du 14 février* 1885.)

A. *Traitement des hernies adhérentes et irréductibles*

Le comble du zèle chez les sergents de ville :
Vouloir faire circuler le sang et disperser un embarras gastrique.

Le comble de l'habileté pour un chirurgien :
Coudre une blessure avec le fil d'un sabre.

Le comble de la débine et du relâchement pour un professeur :
N'avoir qu'un cours... de ventre.

Le comble de l'ironie :
Envoyer à un commissaire-priseur un diplôme de membre de la Société contre l'abus du tabac.

Le comble de la maladresse pour un médecin :
Faire crever de l'orge.

Le comble de la calinotade :
Aller chercher un médecin pour empêcher un délai d'expirer.

Le comble de l'exagération pour un médecin laryngiste :
Soigner l'organe des journaux.

non étranglées. — Nous avons dit que souvent ces hernies ne gênent point les individus qui les portent, sauf par leur volume; ils sont bien, il est vrai, exposés aux accidents du pseudo-étranglement ou de la péritonite herniaire; mais on doit se contenter des moyens palliatifs, bandages appropriés, brayers, suspensoirs, etc. Mais dans d'autres cas la hernie est mal supportée, les bandages au moyen desquels on veut la contenir sont insuffisants, douloureux ; ils contiennent mal la hernie; en somme, ils favorisent la production de nouvelles adhérences ou l'extension des anciennes. Les sujets jeunes, vigoureux d'ailleurs et bien portants, supportent avec peine cette infirmité qui compromet leur santé et souvent l'exercice d'une profession active. Ils réclament, avec instance parfois, une intervention curative.

L'opération a souvent eu dans ces cas des succès qui légitiment en quelque sorte la hardiesse des chirurgiens. Pour quelqués-uns même, Guénod, par exemple, « l'opération est indiquée chez les adultes et les vieillards dans tous les cas où un bandage n'est pas supporté, ou n'est pas efficace dans son action. » Il ne faut pas être aussi absolu, écrit le Dr Segond, dans sa thèse d'agrégation de 1883 (1); mais nous pensons qu'on est autorisé à intervenir dans les cas de hernies irréductibles quand le bandage est mal supporté, quand le sujet

(1) Segond.— De la cure radicale des hernies. Th. d'agrég. Paris, 1883.

Puis une série de coq-à-l'âne médicaux, extraite de la collection de *l'intermédiaire des chercheurs et curieux* :

Un *hippolyte* dans le nez.
Une *prétention* d'urine.
Une fièvre *ophicléide.*
Une *distinction* de voix.
Des *émeraudes* à l'anus.
Une *perte au profit* du cœur.
La *tranchée*-artère,
Une apoplexie *sérieuse.*
Du *corail* de potasse.

Ma concierge m'a dit ce matin :

— Je souffre depuis quelque temps et j'ai bien peur de devenir *physique* ! Demain j'irai me faire *sculpter* par une *salubrité* médicale !

J'espère que vos lecteurs excuseront ces quelques fantai-

est un jeune homme ou un adulte bien constitué et bien portant. Il faut enfin que la hernie ait invinciblement résisté aux moyens de réduction dont le chirurgien dispose et qu'il doit toujours mettre en usage avec patience et persévérance ; l'adhérence s'opposera toujours à ces moyens. En résumé : « Dans « les hernies irréductibles et non étranglées (adhérentes) l'in- « tervention chirurgicale est indiquée lorsque les inconvé- « nients du mal sont strictement proportionnels aux dangers « de l'opération, et lorsque la réduction n'a pu être obtenue « autrement. »

Il ne faut cependant, en règle générale, opérer ni les enfants, ni les vieillards ; la maigreur des sujets, la cavité trop grande des parois abdominales et la trop grande largeur des orifices herniaires sont encore autant de contre-indications. Quelle opération pourra-t-on alors pratiquer ? D'après la pratique, qui tend à se répandre actuellement, c'est dans ces cas que l'on devra faire la kélotomie, réduire l'intestin et ensuite compléter l'opération par les manœuvres destinées à amener la cure radicale. Une fois là kélotomie proprement dite faite, un second temps consistera fatalement à se débarrasser des adhérences qui relient l'intestin au sac ; nous parlerons plus loin en détail de cet acte important. Quant à la description des divers moyens de cure radicale, nous ne pouvons nous y arrêter ici, nous proposant, à une époque ultérieure, d'étudier

---

sies ; si oui, je vais me remettre à l'œuvre et vous enverrai quelques nouvelles anecdotes le mois prochain.

Dr Minime.



OUVRAGES REÇUS

Le *Journal de Médecine de Paris* a reçu :

Etude sur l'hygiène de Moïse et des anciens Israélites, par le docteur Gueneau de Mussy (Noël). In-8°, 0 fr. 75. A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Premiers pansements des fractures ouvertes, par le docteur Sargeau. In-8°, 2 fr. 50. Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

cette opération et ses résultats. Dans son intéressante monographie, le Dr Segond conseille de procéder à la dissection des adhérences avec une très grande prudence et de réduire ensuite.

Si elles sont trop dangereuses à détruire, M. Lucas-Championnière admet que l'on doit disséquer le lambeau du sac attenant et le réduire avec l'intestin. Nusbaum a publié un total de sept observations de cure radicale pratiquée pour guérir des hernies irréductibles par adhérence ; cette série, bien que peu considérable, semble donner d'heureux présages ; il n'y a pas eu un seul cas de mort ; chez cinq des opérés, la guérison s'est maintenue sans récidive ; chez deux autres, il y a eu une récidive légère ; mais toujours on a eu comme résultat pratique de pouvoir adapter un bandage efficace là où la malade n'avait pu le supporter auparavant.

B. *Traitement des hernies étranglées compliquées d'adhérences.* — Quelle a été, jusqu'à notre époque, la pratique adoptée par les chirurgiens ? *Scarpa* pratiquait le décollement des adhérences gélatineuses, il coupait les filamenteuses, mais il s'arrêtait devant les adhérences dures, serrées, et charnues. « Ce cas, dit-il, est, à mon avis, une des plus grandes difficultés que l'on puisse rencontrer dans les hernies...Je crois « que le chirurgien commettrait une faute des plus graves s'il « entreprenait de détruire l'adhérence avec l'instrument tranchant. » Il conseille ensuite d'abandonner l'intestin au dehors après avoir levé l'étranglement. Murat, Boyer conseillent aussi les réductions partielles.

Quelques praticiens plus hardis avaient avec succès pratiqué la dissection des adhérences ; Arnaud lui-même avait complètement réséqué une grosse hernie en paquet et établi un anus contre nature.

Jobert, se fiant à ses expériences sur la réunion des plaies de l'intestin, n'avait pas hésité à faire la suture pour réparer une blessure faite en disséquant des adhérences ; Michon avait suivi son exemple et un double succès avait couronné la pratique hardie de ces deux maîtres. — Nélaton donne déjà des indications plus complètes sur la conduite à tenir. Si les adhérences sont récentes et faciles à détruire, on les décolle avec les doigts ; si elles sont longues et filamenteuses on doit les

couper. Quand elles sont solides, il est dangereux de les disséquer, car on s'expose à blesser l'intestin ; il vaut mieux le laisser au dehors après avoir débridé, puis attendre qu'il rentre progressivement ou que la cicatrice finisse par le recouvrir. La conduite de Nélaton ne différait donc pas de celle de Scarpa.

En 1871, l'attention fut sérieusement attirée, à la Société de Chirurgie, sur la dissection des adhérences, par le professeur Trélat. Il rapportait deux cas de hernies adhérentes ayant donné lieu à des accidents d'étranglement ; la kélotomie était dans ces deux cas parfaitement indiquée ; il avait pratiqué une minutieuse dissection des adhérences en se gardant bien d'ouvrir l'intestin, puis il avait réduit l'anse herniée.

Le traité de Hollin et Duplay rapporte bien les deux faits de Trélat, mais sans donner de conclusion pratique. Bourguet (d'Aix) se montre aussi disposé à abandonner aux efforts de la nature les anses herniées quand elles sont maintenues par des adhérences très résistantes.

Dans la discussion qui suivit à la Société de Chirurgie, le professeur Verneuil appuya les conclusions de M. Bouguet. Mais M. Terrier se montra hardiment partisan d'une intervention plus efficace ; de peur que l'anse non réduite, étende ses adhérences pouvant donner lieu plus tard à des accidents d'obstruction, il valait mieux libérer cette anse et la réduire.

Le danger de perforer l'intestin en détruisant des adhérences herniaires doit-il en effet arrêter la main du chirurgien ? Nous ne le croyons pas. En 1882, le 11 juin, notre maître le professeur Trélat dont nous avions alors l'honneur d'être l'interne, pratiqua devant nous l'opération que nous allons résumer le plus brièvement possible. Une femme de 35 ans entre à la clinique de Necker pour des accidents d'étranglement herniaire datant de 24 heures. Elle présente dans le pli de l'aîne du côté droit une tumeur arrondie, tendue, douloureuse. Il y a cinq à six ans qu'elle porte cette hernie ; il y a trois ans elle eut des accidents d'étranglement qui cédèrent au taxis, mais à la suite il se forma un abcès qui s'ouvrit spontanément et laissa couler une assez grande quantité de pus. La peau présente une cicatrice irrégulière, trace de l'ancien abcès, et depuis cet accident la hernie n'a jamais été complètement réduite.

Après avoir essayé le taxis pendant quelques minutes, M. Trélat commença la kélotomie et ouvrit le sac. L'intestin était fortement serré au niveau du collet du sac ; et il présentait, en outre, une adhérence fibreuse avec celui-ci dans une étendue de 2 centim. 92 de longueur sur 1 centim. de largeur ; elle était ancienne, formée d'un tissu blanc très dense et très serré. M. Trélat essaie de séparer l'intestin du sac par une dissection minutieuse ; mais l'union est si intime que la paroi intestinale se déchire ; il s'écoule un peu de liquide intestinal aussitôt abstergé. Sept à dix points de suture de Lembert, à la soie phéniquée, sont appliqués ; puis l'intestin est réduit après dissection de quelques adhérences plus petites et résection du sac. Les suites de cette opération, pratiquée d'ailleurs avec l'antisepsie la plus rigoureuse, furent des plus simples ; le cours des matières était bien rétabli au troisième jour et la malade sortait tout à fait guérie douze jours après son admission à l'hôpital.

La conduite de l'habile opérateur avait été logique ; l'intestin s'était déchiré, mais peu importait, la plaie portait sur un tissu sain, la suture avait donc toutes chances pour réussir, et l'événement justifia les prévisions de notre maître.

(A suivre.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

DES APPLICATIONS NOUVELLES DE LA THÉRAPEUTIQUE PENDANT L'ANNÉE 1884.

(Suite. — Voir les numéros précédents.)

Entorse (Modification dans le traitement de l'). — Dans le traitement de l'entorse, Marc Sée donne la préférence à la bande élastique. C'est la seule méthode qui réponde aux deux indications à remplir :

1° Provoquer la résorption la plus rapide du sang extravasé autour de l'articulation (lésion qui tient sous sa dépendance, tous les autres symptômes, douleur, gonflement, gêne des mouvements, etc.)

2° Favoriser, par une immobilisation réelle, la cicatrisation des ligaments broyés des parties rompues.

La bande élastique doit être appliquée sur la peau même, en ayant

soin, toutefois, de combler d'ouate les méplats, les dépressions normales qui abondent dans les régions articulaires, et de rendre ainsi la pression uniforme sur tous les points. (*Courrier médical.*)

Ergotine. — Le Dr Arnoldow (*Union médic. du Canada*) rapporte l'observation d'un malade atteint d'hémoptysie et présentant des menaces de délirium tremens. Le chloral avait été donné contre l'insomnie, sans qu'aucun résultat ait été obtenu. Après l'emploi de l'ergotine, non seulement l'hémorrhagie cessa, mais les symptômes d'alcoolisme aigu rétrocédèrent. Ce résultat heureux engagea l'auteur à recourir à l'ergotine dans d'autres cas de *mania à potu*, et dans tous, le délirium tremens fut rapidement enrayé par l'emploi de ce médicament.

Le Dr Bauwens (*Bull. de l'Acad. de méd. Belge* 1884) préconise l'emploi de l'ergotine, soit à l'intérieur, soit en injection hypodermique dans le goître, réservant le traitement iodé pour les goîtres endémiques et scrofuleux.

L'ergotine est utile dans toutes les autres espèces de goîtres. Dans les goîtres kystiques, l'ergotine agit, comme la teinture d'iode, par action mécanique, en provoquant une inflammation suppurative.

On fait, tous les 3 ou 4 jours, une injection de 1 à 2 grammes de la solution suivante :

Ergotine............................	5 grammes.
Eau distillée........................	àâ 7 grammes.
Glycérine............................	

m. s. a.

Ce mode de traitement compte huit succès sur huit cas.

Erythrina corallodendron. (Légumineuses). — Plante originaire du Brésil.

Elle est d'un emploi usuel dans ce pays comme hypnotique et sédatif du système nerveux. Elle a été étudiée expérimentalement par M. Bochefontaine, et cliniquement par le Dr Rey, médecin de l'asile de Ville-Évrard.

Les injections hypodermiques d'extrait (2 grammes), dissous dans l'eau, déterminent chez l'animal des phénomènes d'engourdissement, de faiblesse, qui se terminent par la mort au bout de 7 à 8 heures, si l'animal est jeune et peu robuste.

Le Dr Rey, avec 0 gr. 50 centigr. d'extrait, obtient dans la folie avec agitation et insomnie, quelques heures de sommeil ; en donnant cette dose deux ou trois fois la nuit, de 2 en 2 heures, on a obtenu un sommeil calme.

M. Rey conclut que ce médicament peut être utile, mais ce n'est pas un médicament de premier ordre.

Erygeron Canadense (Synanthérées).— Cette plante paraît agir comme diurétique, tonique et astringente ; elle produit de bons effets

dans l'hydropisie, la diarrhée, la dysenterie, les hémorrhagies, dans la période avancée de la fièvre typhoïde, etc.

L'essence d'Erygerum, huile volatile, jaune clair, d'odeur herbacée *sui generis*, de saveur âcre et brûlante, a servi à falsifier l'huile essentielle de menthe. Insoluble dans son propre poids d'alcool à 85°, elle est employée en Amérique comme hémostatique à la dose de 5 à 10 gouttes en potion ; on donne la plante en infusion (30 grammes pour 1,000 d'eau) ; en poudre, à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 centigr. toutes les heures.

C'est notre collègue M. Ferd. Vigier qui, le premier, a donné les moyens de séparer l'huile essentielle d'érygeron des autres essences, dans la falsification desquelles on l'a fait entrer ; c'est encore lui qui a donné, d'une façon claire et précise, les modifications subies par cette essence avec les différents réactifs, les doses pharmaceutiques et le mode d'emploi de cette plante.

Ether. — L'éther a été employé en injections, pour détruire les loupes, par M. Vidal. L'éther enflamme le contenu du kyste, et amène la suppuration de la poche. L'injection se fait chaque jour, à la dose de six gouttes (10 dans les loupes de grande dimension).

On arrête les injections dès que l'on voit la tumeur devenir lisse et rouge, et qu'elle donne au malade une sensation pénible de battements. On perce la base de la tumeur, et par l'orifice de la piqûre, sort un jet de pus et de liquide séreux, puis la matière du kyste s'élimine sous la forme d'une masse vermicellée, blanchâtre : en 15 ou 20 jours, la guérison est obtenue.

L'éther en injections sous-cutanées a été employé avec succès par le D[r] Moutard-Martin, contre l'algidité et les crampes du choléra. Le D[r] Barth emploie les injections d'éther dans la pneumonie chronique, chaque fois qu'il y a menace d'asphyxie. Le D[r] Féréol a recours à ces injections, chaque fois qu'il constate un affaiblissement très prononcé, consécutif à une hémorrhagie, à une fièvre typhoïde, etc.

L'anesthésie par voie rectale s'obtient au moyen de l'éther. Elle supprime la période d'excitation, permet de doser strictement la quantité d'éther administré, de réduire à son minimum cette quantité, et elle laisse la place libre au chirurgien pour les opérations ; cependant, au moment où l'anesthésie commence, il est bon de faire faire au malade quelques inhalations d'éther par voie respiratoire.

Pour obtenir une anesthésie profonde avec une dose d'éther très faible, on introduit dans le rectum, un tube en caoutchouc que l'on met en rapport avec un flacon d'éther, plongé dans un récipient contenant de l'eau à 40 ou 60 degrés. Le Docteur Daniel Mollière rapporte, dans le *Lyon médical*, cinq observations relatives à ce mode d'éthérisation, qu'il a employé sur la recommandation d'un confrère danois, le Docteur Axel Yversen (Copenhague).

Ethérodine. — Le sirop d'éther ne contenant qu'une faible proportion du principe actif, l'éther sur un morceau de sucre irritant la

muqueuse buccale, et s'évaporant trop facilement, on avait recours à l'élixir éthéré de Bonjean, lorsqu'on voulait prolonger l'effet de ce médicament. M. Dannecy propose le mélange suivant : Alcool légèrement aromatique (mentha, anis) à 80° : 400 grammes ; sirop de sucre préparé par simple solution à froid : 500 grammes ; éther sulfurique absolument pur : q. s.

Ces trois liquides sont introduits successivement dans un flacon à sirop d'éther, et le tout est agité avec soin.

Après quelques heures de repos, l'opération est terminée, et le liquide, liqueur d'éther parfaitement limpide, est mis en flacons et conservé pour l'usage.

Ce mélange constitue une liqueur très agréable et riche en éther.

Euphorbia pilulifera. — Plante herbacée d'Australie, expérimentée en Angleterre contre l'asthme et les maladies chroniques des bronches ; elle agit surtout sur le symptôme dyspnée. On fait bouillir 15 grammes de la plante fraîche dans deux litres d'eau que l'on réduit par l'ébullition à un litre ; on laisse refroidir et l'on ajoute un peu d'alcool pour prévenir la fermentation.

Un verre matin et soir, et même à midi, en teinture, à la dose de 10 gouttes.

Tonique et légèrement narcotique irritant de la muqueuse stomacale.

Faham, *Anagrecum fragrans* (Orchidées). — Thé de l'Ile-Bourbon ; feuilles grandes, allongées, d'odeur suave, elles contiennent de la coumarine. On les emploie en infusion comme le thé, de 10 à 20 grammes par 1000 grammes. Une petite pincée de ces feuilles, sur laquelle on verse une tasse d'eau bouillante, sert dans la médecine populaire, dans tous les cas de dysménorrhée ; cette plante est aussi employée dans nos colonies que chez nous, dans des cas semblables, l'est notre plante indigène si connue, l'Armoise.

Fièvre jaune (Vaccination contre la). — M. Domingos Frère, professeur à Rio-Janeiro, a communiqué aux Académies des Sciences et de Médecine de France, ses expériences qui ont abouti à la découverte du microbe de la fièvre jaune, et à son atténuation par la culture. Pour ses expériences, il s'adjoignit un jeune vétérinaire français, de l'école de Lyon, M. Rebourgeon, qui n'hésita pas à se faire inoculer le virus atténué, et qui, dans la séance du 8 Novembre 1884, à la Société de Biologie, est venu témoigner des effets de cette inoculation.

Quelques heures après l'inoculation, ce hardi expérimentateur a ressenti des douleurs sus et intra-orbitaires ; les articulations étaient douloureuses ; température 39°,4 ; au bout de quarante-huit heures, tous ces symptômes avaient disparu.

Inoculé à des animaux, ce virus atténué les rend tristes, malades, la

température s'élève ; le quatrième jour, tout rentre dans l'ordre, l'animal est guéri.

Sur cinquante ouvriers inoculés, travaillant incessamment au milieu d'un foyer absolument infecté, où toujours dix hommes étaient atteints sur trente, tous ont, jusqu'à ce jour, résisté à la maladie, sauf cependant quatre ou cinq hommes vaccinés avec la lancette, ce qui n'est pas suffisant, car on ne se met pas ainsi complètement à l'abri des causes d'insuccès.

L'inoculation à l'aide de la seringue de Pravaz est préférable; aucun des ouvriers sur lesquels elle a été employée, n'a été atteint du vomito-negro. Combien de temps dure l'immunité conférée par cette inoculation du virus atténué ? On ne le sait pas encore. Les communications ultérieures de M. Domingos Frère compléteront ces premiers renseignements.

Gaiac (Teinture de). — Le Dr Postdamer, de Philadelphie, propose la teinture de Gaïac pour combattre l'angine tonsillaire et la pharyngite. A la dose d'un centimètre cube et demi, toutes les quatre heures, on peut faire cesser l'inflammation ; administrée au début de l'attaque, cette teinture la fait presque toujours avorter. — Ses conclusions sont : que cette teinture fait disparaître instantanément la douleur ; que la déglutition devient facile, que le gonflement diminue ; que l'amélioration est très marquée dès le quatrième jour du traitement.

Galvano-caustique contre l'ozène. — Notre collègue le Dr G. Desarènes préconise avec raison la galvano-caustique chimique dans le traitement de la rhinite chronique ; ces cautérisations des parties malades, répétées à quelques jours de distance, lui ont toujours donné d'excellents résultats; surtout dans les cas d'ulcération des fosses nasales, on obtient une cicatrisation rapide : la cautérisation n'est pas douloureuse.

Les tumeurs adénoïdes du pharynx sont justiciables de ce traitement.

Glycérine. — M. le professeur Trastour emploie avec avantage les vapeurs de glycérine, toutes les fois qu'il existe une toux pénible et fatigante. Il suffit de placer 50 à 60 grammes de glycérine dans une capsule de porcelaine, et d'évaporer au moyen d'une lampe à alcool. Ces évaporations sont très précieuses dans la phthisie, et bon nombre de malades en retirent un soulagement notable. (*Gazette Médicale de Nantes.*)

Gurjum (Baume de). — Le Docteur Vidal, de St-Louis, considère le baume de Gurjum ou Gurjun comme le meilleur topique qu'on connaisse pour amener la guérison des ulcérations *lépreuses*. On s'en sert sous forme d'une émulsion :

Baume de Gurjum........ ...	āā parties égales
Eau de chaux...............	

On étend cette émulsion sur des plumasseaux de charpie, avec lesquels on panse les ulcérations lépreuses.

Hamamelis virginica (Witch Hazel).— C'est un médicament populaire en Amérique. Nous conseillons d'employer ce médicament sous forme de teinture préparée suivant les règles de la pharmacopée française. Teinture de feuilles à 1 pour 5 ; pour l'usage interne de 5 à 20 gouttes par jour ; teinture d'écorces de 1 pour 20 pour l'usage externe en compresses, en lotion, pure ou étendue d'eau suivant le besoin.

Cette substance est décongestive, sédative ; elle régularise la circulation, en agissant sur le système vaso-moteur dilatateur et constricteur ; c'est ce qui explique ses propriétés hémostatiques, son action dans les stases sanguines, dans les dilatations variqueuses profondes ou superficielles.

Ce médicament doit être donné avec prudence, des troubles de la circulation ayant été observés par votre rapporteur, dans plusieurs cas où la dose de 20 gouttes par jour avait été dépassée. Les premiers phénomènes observés sont des troubles généraux : pandiculation, hypersécrétion de salive, de mucus nasal, de larmes ; la vue se voile, les jambes sont brisées ; sueurs glacées ; puis les troubles circulatoires apparaissent ; pouls petit, souvent très difficile à sentir ; intermittences fréquentes ; les battements de cœur, fréquents et précipités, s'arrêtent tout à coup ; les bruits de cœur ne s'entendent souvent qu'avec peine ; le malade a des tendances à la syncope.

Les excitants diffusibles viennent facilement à bout de ces accidents.

Hippurate de Soude. — Garrod, ayant démontré, par de nombreuses observations, que l'hippurate de soude opère facilement la décomposition de l'acide urique, le docteur Bon a proposé d'utiliser cette propriété, et d'administrer l'hippurate dans les affections caractérisées par un excès d'acide urique dans l'économie.

Voici les formules dont on se sert :

Hippurate de soude.......	5 gr. 15.	solution. 4 cuillerées par jour
Carbonate de lithine......	1 gr. 55.	
Glycérine.......	15 gr.	
Eau distillée de cannelle.	240 gr.	

Autre :

Hippurate de soude.......	7 gr.	de 4 à 6 cuillerées par jour.
Chlorate de potasse.......	1 gr. 50	
Sirop simple.............	24 gr.	
Eau de Menthe...........	180 gr.	

Hoang-nan. — Le hoang-nan est un remède tonkinois, prescrit dans ce pays, contre la rage et certaines affections cutanées ; d'après M. Barthélemy, grâce à ce remède, jamais on n'observe de décès après la morsure d'un chien enragé.

Ce médicament doit être administré à doses croissantes, et autant que possible, dans la période d'incubation.

Dans les cas de rage confirmée, il faut s'adresser aux hautes doses.

Strychnos gautheriana (Logoniacées) réputée dans le Tonkin comme écorce précieuse contre la lèpre et la rage ; elle renferme de la strychnine, de la brucine, de l'igasurine.

La brucine y est prépondérante.

L'extrait alcoolique d'Hoang-Nan est d'un jaune orange, très amer, soluble dans l'eau, il agit comme la brucine et la strychnine ; il contient également un agent comparable à la curarine par ses effets physiologiques. (Delpech.)

Huile phosphorée. — L'huile phosphorée au 300e dont, matin et soir, on imbibe les bas au niveau des cors, fait disparaître, en quinze ou vingt jours, cette substance cornée, si pénible parfois.

Huile de foie de morue. — Le Dr Szerlecke, de Mulhouse, obtient un succès rapide et complet en administrant, deux fois par jour, un lavement avec six cuillerées à bouche d'huile pure de foie de morue contre les ascarides vermiculaires.

Hydrargea arborescens.— Plante qui croît dans le centre et le sud des États-Unis. MM. Edon et Green lui attribuent une action favorable dans les affections rénales calculeuses.

La racine seule est employée. — Aromatique, piquante au goût, elle contient de l'albumine, de l'amidon, de la résine et des sels. — (*Revue de Thérapeutique*, 1884, n° 5.)

Hydrastin. — Extrait alcoolique résineux, fluide, obtenu de l'hydrastis canadensis. Cette racine contient aussi de la Berberine.

Préconisé comme laxatif cholagogue à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 30, il est aussi considéré, à doses plus faibles, comme le véritable succédané de la Quinine dans les fièvres intermittentes. Cette substance a une action très manifeste sur les troubles fonctionnels de l'appareil utéro-ovarien, et sur les anomalies de la menstruation.

A la suite de l'administration de l'hydrastis canadensis, ou de son alcaloïde, l'hydrastine, les battements du cœur sont ralentis ; après de fortes doses, survient parfois de l'arythmie; le ralentissement qui suit une dose moyenne, cesse si les nerfs vagues sont coupés ; il n'en est pas de même de l'arythmie et du ralentissement qui succèdent à des doses fortes.

Cette plante est désignée aussi sous le nom de Racine jaune, Racine orange, en raison des propriétés tinctoriales de son rhizôme.

Injections intra-veineuses dans le choléra.. — Suivant le professeur Hayem, les solutions alcalines ainsi administrées, paraissent être actuellement le moyen le plus rationnel à opposer aux graves phénomènes de la période de collapsus algique et asphyxique.

La formule à laquelle il donne la préférence est la suivante :

Eau distillée	1	litre.
Chlorure de sodium pur	5	gr.
Sulfate de soude pur.	10	gr.

Cette solution, bien filtrée, est portée au bain-marie à 38°. La dose injectée est, pour les adultes, de deux litres et demi. L'injection est faite, en douze ou quinze minutes, par une pompe spécialement construite pour cet usage. Chez les adultes non alcooliques, chez les enfants, ces injections produisent des effets très remarquables ; quelques-uns de ces malades, voués à une mort certaine, ont été rapidement guéris.

Les phénomènes qui suivent l'injection sont : un frisson parfois intense, puis, au retour de la chaleur périphérique, la cessation des crampes, le calme et souvent le sommeil.

Après cette réaction aiguë, le malade entre souvent immédiatement en convalescence. Une transfusée le 13 novembre, a pu quitter l'hôpital St-Antoine le 15, parfaitement remise.

La grossesse n'est pas une contre-indication. La plaie veineuse s'est toujours comportée comme une piqûre de saignée.

Le professeur Hayem est persuadé qu'il y aurait un intérêt de premier ordre à utiliser ces injections, dès le début de la période algide. Sur 100 transfusées, il y a eu 20 guérisons, 5 cas douteux.

Iode (*Teinture d'*)— Le Dr Sejournet, dans un mémoire inséré dans le Bulletin de la Société de Thérapeutique, préconise l'application directe de la teinture d'iode dans la laryngite coqueluchoïde. Au moyen d'un pinceau courbe, muni d'une longue hampe, on badigeonne le fond du larynx et l'orifice de la glotte. Dans toutes ses observations, les premières applications modifient profondément la toux, qui disparaît rapidement.

Le succès assuré et prompt de l'attouchement de la muqueuse pharyngo-laryngienne dans les strangurіes, les inflammations, les toux incessantes, avec les solutions de cocaïne et de ses sels, rendra de moins en moins nécessaires les cautérisations avec la teinture d'iode, cautérisations souvent très douloureuses et qui n'étaient pas toujours sans danger.

Iodoforme.

Iodoforme pulvérisé	20 grammes.
Acide phénique	0,10 à 0,20 cent.
Glycérine	80 grammes.
Eau distillée	20 grammes.

Cette injection antiseptique est supérieure, suivant Campana, à toutes les autres injections dans la blennorrhagie aiguë.

La maladie s'améliore rapidement.

Vaseline	10 grammes
Iodoforme finement porphyrisé	1 ou 2 gr

Telle est la formule dont le Dr Galezowski vante la prompte efficacité, comme antiseptique et comme déterminant la rapide réparation des tissus nécrosés ou ulcérés.

Il l'emploie dans les ulcères rongeants de la cornée.

Les injections hypodermiques d'une solution concentrée d'Iodoforme dans l'éther, ont donné au Dr J. Lemaistre, professeur d'anatomie à l'Ecole de Limoges, les résultats les plus prompts et les plus satisfaisants dans le goître ; il pousse l'injection jusqu'au milieu de la glande hypertrophiée.

Le Dr Thiroux-Duplessis, qui fut son élève, rapporte, dans sa thèse inaugurale, les observations qu'il a recueillies dans le service de son professeur.

L'emploi de la gaze iodoformée est supérieur à celui de la gaze phéniquée dans les grandes opérations.

Ipéca. — L'Ipéca donnée à la dose de 0 gr. 25 cent., à deux ou trois reprises et à 30 minutes d'intervalle, est un des meilleurs moyens qu'on puisse employer contre la rigidité du col utérin.

Ce médicament est encore une ressource précieuse dans les cas où l'on a affaire à des contractions excessivement douloureuses, mal coordonnées, dont l'effet utile n'est pas le moins du monde en rapport avec l'intensité de la souffrance accusée par la patiente. (*Médical Record.*) Dans ces cas le chloroforme en inhalations remplit ce but plus promptement et plus complètement ; mais on doit penser aux cas où le chloroforme ne pourrait être donné.

Iridin. — Le Dr Gueneau de Mussy donne tous les soirs, dans les cas de vomissements incoercibles dans la grossesse, une des pilules suivantes :

Iridin	0 gr. 20 centigr.
Conserve de roses	q. s.

Pour une pilule.

L'Iridin n'étant pas un évacuant, mais un cholagogue, on administre le lendemain matin un purgatif salin.

Ispaghla.— Graines d'Ispaghla ; Plantago recumbens, Plantaginées. — Graines de l'Inde, semblables au Psyllium, très légères ; 150 graines pèsent 0 gr. 20 cent ; donnant beaucoup de mucilage. Employées comme antidiarrhéiques. Mélangées avec le sucre, elles constituent un régal pour les Chinois. (*Delpech.*)

Jaborandi. — Le Dr Gueneau de Mussy a lu à la Société de Thérapeutique un travail très intéressant sur le traitement de l'urticaire chronique chez les arthritiques, par le jaborandi à petites doses fractionnées.

La formule des pilules est :

Poudre de jaborandi / Extrait de Gaïac	ãã 0,10 centigr.
Benzoate de lithine	0,20 centigr.

Pour une pilule.

2 pilules en vingt-quatre heures en augmentant progressivement jusqu'à quatre.

Le traitement peut être continué plusieurs mois.

Juglans cineréa (Butter nut, oil nut, noix à beurre, noix à huile). — La seconde écorce, surtout celle de la racine, est la partie la plus active ; on l'emploie sous forme de décoction, ou d'extrait résineux (Juglandin) comme succédané de la rhubarbe. Ce médicament combat la constipation habituelle, et surtout la dysenterie, pour le traitement de laquelle il a conquis une grande réputation. Associé au calomel, il a été employé dans les fièvres intermittentes, ou dans les affections compliquées de congestion des viscères abdominaux.

L'extrait résineux se donne à la dose de un à deux grammes comme purgatif, et de 0,30 cent. à 0,65 centigr. comme laxatif. L'extrait fluide se donne à la dose de 4 à 8 grammes.

Cette purgation est douce et n'occasionne ni chaleur, ni irritation consécutives.

Kaïrine.— Le Docteur Queirolo (*Garz. degli Ospetali*, 1884) a entrepris une série d'observations dans le but d'étudier l'action de la kaïrine, employée par voie hypodermique. L'auteur s'est servi de solutions variant de 0,10 à 0,50 pour un verre d'eau. Dans cette proportion, la kaïrine n'est pas soluble à froid, mais en chauffant, on obtient une dissolution parfaite qui se maintient encore à 34° ou 35°, température à laquelle il faut l'employer.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° L'injection de dix centigrammes donne un abaissement de température de quelques dixièmes de degrés qui disparaît en une heure ;

2° Vingt centigrammes produisent au maximum un abaissement de 7 dixièmes de degré, commençant au bout d'une demi-heure et d'une durée de deux heures environ ;

3° Trente centigrammes produisent un abaissement qui peut aller à 1°5 commençant après une demi-heure et disparaissant après 2 heures.

4° L'injection de cinquante centigr. a provoqué un abaissement de 1° à 2°4 commençant très rapidement et durant de 2 à 3 heures.

5° L'injection de 1 gr. a donné un abaissement variant de 2°7 à 3°3 ; une fois, la chute a été de 5° (de 40°5 à 35°5.)

L'abaissement commence rapidement, atteint son maximum en 2 heures et disparaît au bout de 5 h. 1/2.

Le pouls diminue proportionnellement à la température.

L'opération n'a été le sujet que d'une très légère douleur, rapidement disparue même avec les doses les plus fortes.

De tout ce qui précède, l'auteur conclut :

1° La kaïrine employée par voie hypodermique produit un abaissement de température plus rapide, plus durable, plus grand, que lorsqu'elle est prise par voie interne.

2° Pour obtenir cet abaissement, la voie hypodermique ne demande des doses ni aussi fortes, ni aussi fréquentes que la voie interne.

3° L'administration par la voie hypodermique est exempte de tout inconvénient général.

Kawa-Kawa.— Poivre enivrant des Océaniens (Piper méthisticum — Pipéracées).—Employé comme sudorifique et anti-gonorrhéique,il renferme le méthistène, substance neutre, cristalline, et la kawaïne, résine molle, jaune verdâtre, très aromatique, de saveur âcre et piquante. Cette résine paraît être la partie active du kawa-kawa.

Kola. — M. Dujardin Beaumetz présente à la Société de Thérapeutique, des noix ou graines fraîches et sèches de Kola (Sterculia acuminata) plante originaire des régions tropicales d'Afrique. Sa saveur est sucrée, puis astringente et amère. Elle renferme une forte proportion de caféine, une petite quantité de théobromine, du tannin et de la glucose. On la considère au Soudan comme tonique et aphrodisiaque : les indigènes l'emploient comme masticatoire, ou en infusion, après l'avoir torréfiée et pulvérisée.

Le Dr Dujardin-Beaumetz en a obtenu d'excellents résultats dans la diarrhée chronique, dans les affections cardiaques à la période de dépression. Ce médicament, agissant comme le café et la caféine, est un tonique du cœur et un diurétique. On peut l'employer dans un grand nombre d'affections adynamiques. On se sert de l'infusion de graine de kola torréfiée (15 grammes pour une tasse d'eau) ou de l'élixir ou teinture de kola non torréfiée,à la dose d'une cuillerée à dessert ou à bouche.

On prépare avec la kola un vin et un alcoolature.

Nos dernières expériences nous permettent d'affirmer que c'est un aphrodisiaque des plus sûrs et des plus puissants.

Ce médicament n'a aucune action sur la fièvre intermittente.

Lait (*Examen extemporané du*). — Le Dr Paul Hélot a communiqué à la Société de Médecine de Rouen (10 Novembre 1884) un procédé rapide pour s'assurer de la bonne qualité du lait d'une nourrice. « Considérant qu'un enfant de trois mois, nourri exclusivement par une nourrice, bien portant, digérant bien, gagne chaque jour 25 grammes, j'en conclus que le lait qu'il absorbe est de bonne qualité. C'est sur un grand nombre d'examens pratiqués dans ces conditions, que j'ai cherché à déterminer le rapport numérique des gouttes de bon lait à celui de l'eau distillée à 15°, et j'ai trouvé que sous le même volume, avec le même compte-gouttes, le lait devait fournir 35 gouttes quand l'eau distillée en donne 30. »

« J'ai pu remarquer, dit l'auteur, de très bons résultats avec du lait donnant jusqu'à 39 et 40 gouttes,tandis qu'au-dessous de 33, je le considère comme mauvais, car il n'offrait dans ces conditions ni cliniquement, ni physiquement, les qualités requises. » Nous disons donc avec l'auteur : « Dans un compte-gouttes d'une capacité déterminée, le nombre des gouttes d'eau distillée à 15° est à celui du lait de femme : : 6 : 7. »

Tableau indiquant le rapport numérique d'un même volume d'eau distillée à 15° et de lait de femme encore chaud :

Eau distillée à + 15°	*lait*
25 gouttes	29,1 gouttes
26 »	30,3 »
27 »	31,5 »
28 »	32,6 »
29 »	33,8 »
30 »	35. »
31 »	36,1 »
32 »	37,3 »
33 »	38,5 »
34 »	39,6 »
35 »	40,8 »

Tous les compte-gouttes gradués, toutes les petites seringues, toutes les burettes graduées peuvent être utilisés ; l'auteur conseille la seringue de Pravaz parce qu'elle est dans toutes les mains. Le mieux sera de choisir le milieu de la tétée, et non seulement on examinera le lait des deux seins, mais on pèsera l'enfant avant et après la tétée.

On se servira d'une seringue de Pravaz sans aiguille, que l'on tiendra verticalement, l'extrémité étant bien essuyée ; le jeu du piston doit être libre et les gouttes tomber une à une ; pour cela le piston doit être poussé lentement et doucement.

Ce procédé extemporané est suffisamment positif pour la pratique courante et vaut mieux que celui qui consiste à examiner une goutte de lait sur son ongle ou projetée sur les vitres.

Manaca (francisca uniflora ; scrofulariées.) — Arbre du Brésil et de l'Amérique centrale. On emploie surtout la racine en poudre à la dose de 0 gr. 60 c. trois ou quatre fois par jour, ou en décoction (10 à 15 %); anti-rhumatismale. Le Dr Cauldwell a traité par l'extrait fluide 35 cas de rhumatisme et n'a eu qu'à s'en louer ; ses succès s'affirmèrent surtout dans les cas sub-aigus avec peu ou point d'élévation de la température. Les Drs Cauldwell et Gottheil emploient de préférence l'extrait fluide à la dose de 0 gr. 35 cent à 2 grammes par jour (*Medical Record*). Ils se louent de son emploi, surtout dans le rhumatisme chronique.

Mango (*Mangifera Indica*) Anacardiacées. — On emploie le fruit et l'écorce, dont on prépare des extraits fluides. Propriétés astringentes efficaces ; extrait fluide de mango 10 gr ; eau 120 gr. en gargarisme. Dose à l'intérieur : une cuillerée à café toutes les deux heures. (Delpech.)

Maté (*Thé du Paraguay*). Iles Paraguayensis. — Il y a au Paraguay trois espèces de maté. 1° Le Caa cuys, formé de bourgeons à peine épanouis. 2° Le caa miri, formé de feuilles sèches mondées et pulvérisées. 3° Le caa gagu, formé de feuilles grillées grossièrement pulvérisées. Le même produit se trouve au Brésil. Ce thé se prend en infusion. Il est aussi riche en caféine, qui est son principe actif, que le bon café et le thé de Chine (Delpech) : s'emploie contre la dysménorrhée et la dyspepsie.

Menyanthe. — Le Professeur Girard, de Marseille, traite la migraine en donnant, 2 fois par jour, une infusion de 50 centigrammes de feuilles de Menyanthe, édulcorée avec une cuillerée à bouche de sirop de Valériane, pour une tasse à café d'eau bouillante :

Menthe. — *Le Journal de Médecine de Paris* (12 juillet 1884) donne comme calmant des névralgies dentaires, une formule dans laquelle la menthe est l'agent principal.

Menthe	2 gr.
Eau distillée	50 gr.
Bicarbonate de soude	0 gr. 50 centig.

M.

Pour applications topiques sur les gencives dans les cas de névralgie dentaire.

D'après le Docteur Brame (hygiène pratique) l'essence de menthe poivrée, appliquée à l'aide d'un pinceau sur les brûlures du premier degré, calme immédiatement la douleur, et il ne se forme jamais d'escharre. Il est préférable de tremper d'abord la partie brûlée dans l'eau et d'appliquer l'essence ensuite.

Pour calmer les névralgies superficielles, la migraine, on a recours à des crayons que l'on peut appeler analgésiques. Les premiers de ces crayons nous vinrent d'Angleterre, où ils étaient préparés par un pharmacien nommé Shirley ; les premiers que nous ayons vus, nous ont été montrés par M. Boissy, pharmacien ; ils sont maintenant dans le commerce et on les fait en France. On associe à la paraffine, l'essence de menthe pure ou additionnée d'alcool. La paraffine préalablement fondue, est saturée d'essence, et on la coule dans les moules en forme de cônes ou de glands ; on recouvre le produit de papier d'étain et on le renferme dans des étuis.

Un autre procédé consiste à faire fondre ensemble 2/3 de camphre et 1/3 d'essence de menthe et de la paraffine que l'on coule également dans des moules.

Ce crayon est passé sur le front et les tempes. La première sensation est une sensation de brûlure, puis de froid ; la chaleur revient ensuite intense, et la douleur disparaît.

Méthyle (*Chlorure de*). — L'évaporation du chlorure de méthyle donne un froid de 23° et si l'on active l'évaporation par une injection d'air, on peut descendre jusqu'à 55°.

C'est en se fondant sur cette propriété d'abaisser rapidement la température et de congeler la peau, que M. Debove eut l'idée d'appliquer ce traitement aux névralgies sciatiques ; en produisant ce froid intense, il obtenait une révulsion, qui pouvait s'étendre de la hanche au calcanéum.

Les malades ont guéri d'emblée ou ont présenté des rechutes légères, qui ont disparu après une nouvelle application de chlorure de mé-

thyle. Tous les malades étaient atteints de névralgie sciatique simple, de la forme dite rhumatismale, remontant de quinze jours à trois mois.

Le chlorure est contenu dans un siphon ; à l'extrémité du bec du siphon, est adapté un tube de plomb et un ajutage muni d'un petit orifice. Le jet de chlorure est dirigé sur la peau dans toute l'étendue des régions douloureuses ; la peau se congèle de suite, elle blanchit et devient dure comme de la pierre ; le malade accuse une sensation de brûlure pénible, mais moins douloureuse que par la cautérisation ignée. La peau se décongèle rapidement, il subsiste un érythème plus ou moins accusé ; le maximum des accidents a été une légère vésication, jamais plus. Du reste, tous ces phénomènes nous ont été décrits d'une façon saisissante par notre Secrétaire Général, lors de la relation qu'il nous fit d'un cas de névralgie faciale invétérée, qu'il traitait par ce procédé, et dont la guérison fut rapide. M. Gillet de Grandmont fait observer que là où la peau est fine, comme au visage, la projection du chlorure de méthyle doit être prompte et très courte, sans cela il se produit des escharres.

Nitroglycérine. — Se fondant sur l'idée que les vomissements des femmes enceintes avaient pour cause directe une anémie cérébrale (ou de certaines parties du cerveau), le professeur Talma (Utrecht) a essayé la nitroglycérine qui, selon les observateurs américains, produit une congestion cérébrale intense. Dans tous les cas où ce médicament a été prescrit, les résultats obtenus ont été satisfaisants ; la dose est d'un milligramme par jour, à prendre en trois fois. On peut prescrire le médicament sous forme de solution alcoolique, ou bien sous forme de capsules contenant chacune un sixième de milligramme de nitro-glycérine et 0,20 centigr. d'huile d'olive. (*Journal médical néerlandais.*)

Oxygène. — Sous l'influence des inhalations d'oxygène à la dose de 6 litres par jour, les troubles digestifs qui surviennent au début de la grossesse, vomissements fréquents, état saburral, perte d'appétit, céphalalgie, disparaissent bientôt.

Les quatre observations de Mayer, l'observation de Maunoir, celle de Pinard et les deux du Dr Doreau, en tout huit observations (les 3 dernières, vomissements incoercibles), ne laissent aucun doute sur l'efficacité de ce moyen.

Suivant Quinquaud, l'inhalation doit durer au moins une 1/2 heure ; on peut aussi employer une dilution au 1/3 ; elle produit autant d'effet, pourvu que le temps des inhalations soit assez long. On obtient ainsi un effet sédatif ; la congestion pulmonaire, les hémoptysies ne sont nullement à craindre chez les phthisiques.

Suivant Kirnberger, les inhalations d'oxygène retarderaient les altérations morbides qu'on observe dans la leucémie et la pseudo-leucémie.

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

—

Leçons cliniques sur la menstruation et ses troubles, par E. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, recueillies par le Dr André Petit. — J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1885.

S'il est une question encore remplie d'obscurité, c'est assurément celle de la menstruation dans ses rapports avec l'ovulation. Les anciens ne connaissaient guère le rapport qui existait entre ces deux phénomènes ; cependant Hippocrate avait pressenti les liens étroits qui les unissaient ; mais, ainsi que le montre clairement M. Gallard, c'est Négrier, d'Angers, qui a fait la lumière et c'est à lui que nous devons ce que nous savons depuis sur cet intéressant sujet. La doctrine admise par quelques auteurs ne fut cependant pas généralement acceptée, et ce n'est que lentement qu'elle prit la place qu'elle méritait. Aujourd'hui, presque tous les physiologistes s'y sont ralliés. Pourtant, depuis quelques années, des recherches nouvelles, des observations pathologiques plus ou moins probantes, ont permis à quelques auteurs de tout mettre en question. Aussi est-ce avec un véritable plaisir que nous avons vu paraître le nouvel ouvrage de notre éminent maître, M. le Dr Gallard.

Pour qui connaît la profonde érudition et la vaste expérience du savant médecin de l'Hôtel-Dieu, nul doute n'était qu'on y trouverait sinon la solution de ce difficile problème, au moins un exposé lumineux et une discussion approfondie des différentes doctrines, avec une conclusion fortement motivée ; notre attente n'a pas été déçue.

Ce premier volume, qui sera complété, nous l'espérons, dans le plus bref délai possible, par un traité des maladies des ovaires, comprend 9 leçons. Nons passerons rapidement sur la première et la seconde leçon, où l'auteur expose d'une façon magistrale l'anatomie et la physiologie des ovaires pour arriver à la troisième et à la quatrième leçon, qui traitent de la menstruation. Après avoir montré que l'âge auquel les règles apparaissent pour la première fois varie entre 13 et 16 ans, qu'il n'y a pas de cas bien authentiques où les règles apparues de très bonne heure, 1 an, 2 ans, aient persisté jusqu'à l'époque habituelle de la première apparition des règles, l'auteur arrive à l'ovulation dans ses rapports avec la menstruation et la fécondation. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, c'est Négrier, d'Angers, qui a établi qu'un ovule arrive à maturité pour se détacher à chaque époque menstruelle et que c'est seulement à ce moment précis où l'ovule mûr, déhiscent, opère sa migration, en quittant l'ovaire pour se diriger vers l'utérus qu'il peut être fécondé. A dater de ce moment, la théorie de l'ovulation spontanée chez la femme a pris rang dans la science ; c'est cette théorie qui

est aujourd'hui généralement admise, et M. Gallard arrive à dire : « Sans ovaire il n'y a pas de menstruation », et il ajoute : « S'il n'y a pas de menstruation sans ovaire, il n'y en a pas davantage sans utérus. » On a formulé des objections pour combattre la théorie de Négrier, et on a cherché à montrer que le travail qui se fait dans l'utérus et celui qui se fait dans l'ovaire sont tout à fait indépendants l'un de l'autre. Après avoir passé en revue et discuté les faits mis en avant, M. Gallard conclut que c'est *le travail de l'ovulation qui donne l'impulsion à la fonction menstruelle.* Mais il faut bien savoir que l'ovulation peut se faire régulièrement sans que l'hémorrhagie cataméniale se produise, et qu'une femme non menstruée peut être fécondée. On admet généralement que c'est à la fin du flux cataménial que le coït a le plus de chance d'être suivi de conception, et nombre d'auteurs croient, avec Négrier, qu'il y a entre deux périodes menstruelles une période agénésique pendant laquelle le coït ne serait jamais suivi de fécondation. M. Gallard s'attache à montrer que cela est faux, et que, sous certaines influences, la maturité d'un ovule peut être hâtée, et si le coït est pratiqué au moment de la rupture de l'ovisac, la conception peut s'ensuivre, bien que la femme se trouve dans la période dite agénésique.

Avec la cinquième leçon nous arrivons au trouble de la menstruation. La fonction menstruelle peut être troublée : 1° par absence, retard ou diminution ; 2° par excès ou augmentation de l'écoulement sanguin ; 3° par perturbation de son mode de sécrétion. L'aménorrhée est un trouble qu'on observe fréquemment et dont les causes nombreuses sont fort bien étudiées par M. Gallard. Pendant la grossesse, on le sait, l'aménorrhée est la règle, et l'auteur incline à penser qu'elle est due à une congestion passive avec atonie de l'ovaire. Elle s'expliquerait donc plus par l'état de l'ovaire que par celui de l'utérus. Quant à l'aménorrhée de la lactation, elle résulterait de ce que l'organisme ne peut faire face à deux causes de déperdition: la sécrétion lactée et l'hémorrhagie périodique. Dans certains cas où l'ovulation se fait bien, la muqueuse utérine ne peut se congestionner suffisamment par suite de l'état d'anémie de la malade pour fournir les éléments d'une hémorragie, mais elle devient cependant le siège d'une hypersécrétion glandulaire qui donne lieu à un flux muqueux abondant qui constitue de véritables règles blanches. Une femme aménorrhéique peut-elle devenir enceinte ? Des cas bien authentiques de grossesse montrent que la conception est possible ; s'il n'y a pas de menstruation sans ovulation, le phénomène inverse peut se produire, mais c'est exceptionnel. Le médecin consulté sur la possibilité d'une grossesse ultérieure chez une femme aménorrhéique devra procéder à un examen sérieux et approfondi de tous les organes, et ne pas se prononcer pour l'affirmative avant d'avoir acquis la conviction que la ponte ovulaire périodique se produit en dépit des conditions locales on générales qui ont amené la suppression du flux sanguin cataménial. Lorsque les règles blanches existeront, on en tiendra grand compte.

Nous passerons rapidement sur la leucorrhée, la métrorrhagie

et les règles supplémentaires pour en arriver à la dysménorrhée qui est admirablement décrite dans les 8e et 9e leçons. Cette affection qu'on rencontre si fréquemment est toujours symptomatique ; on en a décrit un grand nombre de variétés que M. Gallard réduit à deux : 1° dysménorrhée mécanique ; 2° dysménorrhée congestive ou inflammatoire.

Ces deux variétés ont les mêmes symptômes cliniques.

La crise douloureuse qui caractérise essentiellement cette affection s'accompagne souvent d'expulsion de membranes. Quelle est la nature de ces membranes ? Dans quelques cas rares, c'est une caduque renfermant un produit de conception de quelques semaines ; mais le plus souvent il s'agit de lambeaux exfoliés de la muqueuse utérine suffisamment caractérisée par son epithélium, par les débris glandulaires et la présence des vaisseaux ; quelquefois ce sont de simples caillots sanguins.

L'ouvrage que nous venons d'analyser, un peu longuement peut-être, est intéressant de tous points ; il est écrit d'un style facile et clair qui fait grand honneur au Dr Petit ; les faits y sont bien présentés, judicieusement discutés et les praticiens y trouveront d'excellents conseils pour les cas souvent embarrassants qu'ils pourront rencontrer.

Dr Ad. Olivier.



FORMULAIRE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

—

Emploi thérapeutique de l'acide osmique

(E. Ghillany.)

L'acide osmique, en solution aqueuse au centième, a été employé avec succès, en injection, contre les névralgies périphériques, la sciatique, etc. L'emploi de ce produit doit être accompagné de certaines précautions.

L'acide osmique (ou perosmique), Os O^4, se présente sous forme d'aiguilles brillantes, de couleur blanc-jaunâtre, d'odeur pénétrante d'une grande instabilité ; on le délivre ordinairement, dans le commerce, dans de petits tubes scellés à la lampe et en renfermant un gramme. Comme il affecte fortement les yeux et les organes respiratoires, il est prudent d'effectuer la dissolution de l'acide osmique dans un grand espace, ou mieux encore à l'air libre et de se garantir le visage pendant le cours de l'opération. Les solutions d'acide osmique sont très rapidement décomposées par la lumière et par le contact des matières organiques et il se dépose de l'osmium métallique ; les solu-

tions altérées sont alors colorées en brun ; les solutions intactes n'ont qu'une faible coloration jaunâtre. S'il était nécessaire de recourir à la filtration, il ne faudrait l'effectuer que sur du coton de verre. Les solutions d'acide osmique devront être conservées, dans des flacons bouchés à l'émeri, dans un endroit frais et à l'obscurité. (*Zeitschrift d. oesterr. Apoth. Vereines*, XXIII, 1885, 22, et *Archiv. der Pharmacie*, XXIII, 1885, 188.)

Le Dr J. Merces a aussi obtenu de très bons résultats de l'emploi de l'acide osmique contre la sciatique. (*Lancet*, 10 janvier 1885, et *Zeitschrift für die gesammte Therapie*, III, 1885, 128.)

M. Boymond.

—

Traitement du diabète insipide par le seigle ergoté.

(N. Lunin.)

Chez une jeune fille de onze ans, affectée de diabète insipide, grave et chronique, la quantité d'urine diminua jusqu'à ne plus être que d'un litre en 24 heures, par suite de l'usage continu d'une infusion de seigle ergoté à deux pour cent. (*Medic. Centralblatt*, 1884, 672 et *Annali di Chimica Medico farmaceutica e di Farmacologia*, I, 1885, 101.)

M. B.

—

Émulsion d'huile de foie de morue.

(Schleussner.)

Les médecins anglais prescrivent très fréquemment l'émulsion d'huile de foie de morue, avec ou sans addition de phosphate de chaux ou de phosphate de fer en solution acide.

La formule suivante, très employée en Angleterre, donne une émulsion qui, même avec l'addition des sels ci-dessus peut se conserver un mois.

R. Huile de foie morue blanche	620
Poudre de gomme arabique	10
— adraganthe	10
— d'arrow-root	10
Sirop simple	100
Eau distillée	550

On mélange les poudres dans un mortier *sec* avec une partie de l'huile, de façon à former une pâte ; on ajoute une nouvelle quantité d'huile, on verse dans un flacon *sec* et on complète la quantité d'huile indiquée.

Le flacon doit avoir une capacité double de celle qui est nécessaire au volume de l'émulsion, et, de plus, il doit être *complètement sec*, ce qui, paraît-il, est une condition essentielle pour obtenir une bonne préparation.

A ce mélange, on ajoute rapidement 310 parties d'eau et on agite de suite et vivement pendant 10 minutes. Après ce temps, l'émulsion est terminée ; elle est complètement blanche et présente la consistance d'un miel liquide. Il ne reste plus qu'à ajouter le sirop et le surplus de l'eau distillée, en agitant de nouveau. Cette dernière addition d'eau peut servir, lorsqu'il y a lieu, à l'introduction des solutions salines prescrites.

La préparation de cette émulsion est plus rapide lorsqu'on opère sur de petites quantités.

(*Pharmaceutical Record* et *Der Fortschritt*, 1, 1885, 7.)

M. BOYMOND.

—

Lotion contre le prurit vulvaire

(T. Fox.)

Hyposulfite de soude.	16	grammes.
Glycérine pure......	8	—
Eau distillée......	180	—

Faire dissoudre. — Employé en lotions contre le prurit vulvaire. La même solution donne de bons résultats dans le pityriasis versicolor.

—

Solution laxative pour les enfants.

(WIDERHOFER.)

Mannite cristallisée	4 à 8	grammes
Eau chaude.....	40 à 80	—

Faites dissoudre. — Une cuillerée toutes les deux heures, aux enfants nouveau-nés, pour obtenir les premières évacuations. — Cataplasmes sur le ventre.

—

Lavement analeptique pour enfant

(ARCHAMBAULT.)

Salep................	2	grammes.
Bouillon sans sel...	140	—
Jaune d'œuf.......	N° 1 ou 2	

M. S. A.

—

Traitement de l'érysipèle par le jaborandi.

SIDNEY THOMPSON recommande d'employer localement le jaborandi qu'il prescrit sous la forme suivante :

Extrait fluide de Jaborandi	24.0
Glycérine................	4.0
Laudanum..............	4.0

La glycérine seule irrite la peau, l'addition de laudanum diminue la douleur.

Lorsque la fièvre est fort vive, l'usage interne de l'aconit complète ce traitement, qui lui aurait donné d'heureux résultats. (*Therapeutic Gazette*, Détroit. Michigan. V. S.)

—

Purification des eaux potables par le perchlorure de fer et par la chaux.

Le professeur Almén, d'Upsal, opère la purification des eaux potables par le perchlorure de fer et par la chaux ; le professeur Th. Husemann recommande ce procédé. A un litre d'eau, on ajoute 3 cent. cubes d'une solution de perchlorure de fer à cinq pour cent et une quantité d'eau de chaux proportionnelle à la *dureté* de l'eau, environ 50 cent. cubes. Il se forme un précipité brun de sel de fer basique et d'oxyde de fer hydraté que l'on élimine par filtration sur une toile ou sur un filtre de sable. Outre les matières organiques en suspension dans l'eau, ce procédé élimine encore de 40 à 80 pour cent des matières organiques en dissolution. (*Oesterr. Badezeitung* et *Zeitschrift d. oesterr. Apotheker-Vereines, XXII*, 1884, 295).

VARIÉTÉS

—

Caisse de retraite des médecins de France (*Projet du Dr Benoist*).— Nous avons déjà publié, à plusieurs reprises, le projet du Dr Benoist, qui consiste à assurer une retraite de 400 fr. à tous les médecins moyennant un versement annuel de 100 fr.; de 800 fr. en doublant cette cotisation. Ce projet, qui présente sur les autres combinaisons l'avantage d'être reversible sur la veuve et les enfants et d'admettre *tous les médecins quel que soit leur âge*, a réuni jusqu'à ce jour plus de 300 adhérents.

Dans une réunion préliminaire à Paris, le 12 avril, les membres présents ont décidé l'organisation prochaine de la Société. Nos confrères qui n'ont pas encore adhéré et qui désireraient recevoir un exemplaire des statuts sont priés de s'adresser à M. le Dr Benoist, de St-Nazaire, ou aux bureaux du journal.

Légion d'honneur. — Par décret, ont été promus ou nommés pour services exceptionnels pendant la dernière épidémie cholérique:

Au grade de commandeur : M. le professeur Brouardel. — *Au grade d'officier*: MM. les docteurs Proust (de Paris); Combalat, Queirel, Métaxas (de Marseille); Benoît (de Montpellier), et Panard d'Avignon).

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Benoît (de Privas) ; Labrote (de Saint-Germain-Ardèche) ; professeur Mayet (de Lyon) ; professeurs Nicolas-Duranty, Rampal, Villard (de Marseille) ; Trastour (de Marseille); Gay (d'Arles) ; Bourguet (d'Aix) ; Giustiniani (de Corse) ; Laurens (de Nyons) ; Dussaud (de Nîmes) ; Cambassédés (du Vigan) ; André (de Toulouse) ; Hamelin et Massé (de Montpellier) ; Marie (de Prades) ; Fodéré (de Paris) ; Long, Perreymond et Rey-Escudier (de Toulon) ; Campagne (de Montdevergne) ; Fonteneau (d'Oran) ; Mouilleron (de Bône) ; Jette (de Constantine).

Tous nos compliments à nos confrères. Nous regrettons seulement l'absence de quelques noms sympathiques que nous nous attendions à voir dans cette liste.

— Avant-hier une foule nombreuse en tête de laquelle marchait le corps médical de Menton conduisait à sa dernière demeure le Dr Henri Carville qui vient de succomber à une longue et douloureuse maladie. Ancien interne des Hôpitaux et préparateur du cours de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, auteur de mémoires importants, le Dr Carville, pour des raisons de santé, était fixé depuis plusieurs années à Menton, où il occupait une grande position comme praticien.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 avril 1885. — Présidence de M. Jules Bergeron.

De la tuberculose pulmonaire dans les familles. — M. Leudet croit que, pour décider la question de la tuberculose, il faut surtout étudier la question d'aptitude, de terrain. La contagion ne s'exerce que sur l'homme apte à être contagionné.

Plusieurs savants ont montré qu'il fallait s'adresser à la clinique pour trouver la confirmation des recherches de laboratoire. Les observations de M. Leudet ont été surtout prises dans la classe aisée. Chez eux il y a moins de rapports, il est rare que les enfants couchent dans le même lit, même dans une seule chambre. L'hygiène est meilleure.

Ces recherches ont porté sur 143 familles observées pendant un intervalle de deux à cinq générations. On peut considérer comme phthisies acquises celles qui se sont montrées sur une seule personne. Sur 55 personnes de cette sorte, la plupart avaient déjà une santé mauvaise. Parmi ces tuberculeux acquis, la plupart avaient eu des bronchites et des pneumonies. Les gens indemnes (360 personnes dans les mêmes familles) étaient généralement vigoureux. M. Leudet a pu connaître la mort de 67 ayant succombé à des maladies très diverses. Il a pu recueillir un certain nombre de renseignements de la bouche de son père qu'il avait remplacé dans sa clientèle.

Un fait indiscutable pour tout le monde, c'est la transmission héréditaire. Quant à la contagion comme cause unique, elle est reconnue par certains médecins seulement.

Quel que soit l'âge auquel les parents succombent, les descendants sont pris à 20, 25, 30 ou 35 ans. Il y a donc un germe qui reste là longtemps somnolent. Les tuberculeux héréditaires sont pris à un âge moins avancé que les tuberculeux acquis. Les unions bilatérales de tuberculeux ont une influence fâcheuse.

La tuberculose peut sauter des générations. Un homme, né de tuberculeux, peut être indemne lui-même et transmettre la tuberculose à ses enfants. La question du germe dans ces cas devient difficile à expliquer. La question de prédisposition s'explique mieux.

On connaît également l'hérédité intervertie, la fille succombant avant la mère. Un tuberculeux guéri peut longtemps après donner naissance à des enfants tuberculeux.

Cela touche à la grosse question de la dégénérescence de l'espèce. La tuberculose est destinée à éliminer peu à peu les individus et les familles les moins résistants. Dans une de ces familles dégénérées, M. Leudet a trouvé trois générations d'idiots.

Les affections des os précèdent dans beaucoup de cas la tuberculose pulmonaire.

Sur les 88 familles à plusieurs tuberculeux observées par M. Leudet, il y a 61 ménages dans lesquels on ne peut invoquer la contagion maritale, il n'y en a que 7 dans lesquels on puisse l'invoquer. Il y a des cas où le père étant tuberculeux, la mère restant saine, les enfants naissent tuberculeux.

La durée de la tuberculose est difficile à déterminer. Dans la classe aisée, elle peut être très longue : M. Leudet en a vu durer jusqu'à cinquante-cinq ans. Dans la classe pauvre, au contraire, il est rare que la tuberculose guérisse ou même dure plus de 16 ans.

La proportion des guérisons n'est pas considérable : sur 112 tuberculeux, M. Leudet en a vu guérir 19, dont 12 seulement sont bien guéris.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU IX[e] ARRONDISSEMENT.

Séance du 19 *mars*.— Présidence de M. Boucomont.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu par M. Rey, secrétaire annuel, et adopté.

La correspondance comprend des lettres d'excuses de MM. de Beauvais et Piogey, qui ne peuvent assister à la séance.

M. le secrétaire général lit une lettre adressée à la Société

par un ouvrier qui offre un procédé pour guérir le panaris, etc. La Société passe à l'ordre du jour.

M. Delefosse. — Une Société médicale d'arrondissement a adressé à M. le Préfet un travail sur l'organisation médicale de nuit, travail ayant pour but de signaler des abus de la part des médecins et d'y porter remède.

La Société médicale du IXe Arrondissement, quoique n'ayant reçu aucune plainte, doit-elle étudier cette question de déontologie médicale?

M. Rougon pense que la Société ne doit pas s'immiscer dans ces réclamations.

Après quelques observations, la Société décide de passer à l'ordre du jour.

M. Dehenne lit un rapport sur la candidature de M. Cruigneau, et conclut à l'admission.

M. Rey, revenant sur la condamnation de M. le Dr Watelet, se demande si les médecins ne violent pas le secret professionnel en fournissant les renseignements demandés par la préfecture pour les décès survenus dans la clientèle. — Il ne faut pas oublier que les bulletins admis sont tirés d'un livre à souche et munis d'un numéro, ce qui permet à tous les employés de la statistique de savoir facilement les noms des personnes décédées. — Quant à lui, devant la condamnation de M. Watelet, il a renvoyé dernièrement un bulletin en se récusant.

M. Hervé de Lavaur pense que le cas n'est pas le même, puisque les employés de la statistique prêtent serment.

D'ailleurs, cette question du secret professionnel a déjà été traitée à propos des compagnies d'assurances, et il croit être un des premiers à avoir fait supprimer les certificats des médecins traitants exigés par les compagnies. Une discussion s'engage sur ce sujet.

M. Cruigneau est nommé membre titulaire de la Société.

La séance est levée à 10 heures.

Le Secrétaire général,

Dr Delefosse.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE : VISITE DU BUREAU AU NOUVEAU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ; LE DISPENSAIRE DU HAVRE ; DISCOURS DE MM. HERVIEUX ET TRÉLAT SUR L'ÉRYSIPÈLE ET L'ANTISEPSIE ; PRÉSENTATION DE MALADE ; ÉLECTION D'UN ASSOCIÉ NATIONAL.

A l'occasion de son *avènement* — pour parler comme la lettre d'invitation ministérielle — le nouveau ministre de l'instruction publique a reçu le Bureau de l'Académie. M. le président Bergeron a entretenu M. Goblet des besoins de l'Académie, besoins qui mériteraient bien, de la part du Gouvernement, un peu plus de sollicitude, et il l'a fait dans des termes très dignes mais qui montraient assez clairement qu'il ne se faisait aucune illusion sur la portée platonique de ses doléances,

En France, on a tellement l'habitude de laisser le Gouverne-

FEUILLETON

—

MANIÈRES MÉDICALES

M. Emerson a dit que « les manières sont l'artifice du sage pour tenir les fous à distance ». Il serait rigoureusement juste de dire que les manières du sage médecin sont des artifices inventés pour atteindre le but opposé. Dans tous les cas, le maintien et la conduite d'un docteur sont des éléments importants de succès professionnel. Dans ce pays où nous appartenons tous suivant M. Arnold, au type inférieur de la classe moyenne anglaise ; et, suivant notre avis, où nous sommes simplement des hommes et des femmes sans classes, les manières du médecin sont guidées par quelques principes généraux et tout unis. Si ses manières indiquent la bonté, la dignité, la fermeté et le respect de soi-même, il est infiniment probable que les menus détails de la conduite s'harmoniseront assez avec ces grandes lignes pour ne blesser personne.

Il paraît que ce n'est point le cas en Angleterre où les dis-

ment se mêler de tout, que les fondations vraiment utiles dues à l'initiative privée constituent toujours des exceptions. Le Dispensaire du Havre, dû au zèle infatigable et au dévouement du Dr Gibert et qui fait le plus grand honneur à son esprit organisateur, est une de ces rares œuvres : aussi doit-on savoir gré à M. Foville de l'avoir — non pas fait connaître, car cette œuvre était déjà bien connue — plus particulièrement mise en lumière. Le plus bel éloge d'ailleurs qu'on puisse faire du Dispensaire du Havre, c'est de dire que dans plusieurs villes de France et de l'étranger on en a créé d'absolument semblables ; à Paris, notamment, trois établissements de ce genre fonctionnent déjà avec un succès qui va croissant.

La discussion sur l'érysipèle et l'antisepsie a continué par deux discours, l'un de M. Hervieux, qui a surtout voulu établir qu'il n'y a pas de différence essentielle entre la septicémie puerpérale et la septicémie chirurgicale ; l'autre de M. Trélat, qui attribue la différence dans les résultats obtenus par des chirurgiens pratiquant l'antisepsie à la fréquence ou à la rareté des pansements. Il est à peine besoin d'ajouter que le professeur de la Charité est partisan des pansements rares.

Signalons un cas intéressant d'anévrysme artério-veineux de la fémorale présenté, avec le malade, par M. Th. Anger, et l'élection, à une grande majorité, de M. Denucé (de Bordeaux), au titre d'associé national.

---

tinctions sociales sont sévèrement tracées et observées ; où peu de docteurs sont des gentlemen en vertu de leur rang, mais seulement des hommes médicaux en vertu de leurs diplômes.

Nous en trouvons une preuve curieuse dans la lettre d'un praticien exerçant depuis 51 ans, adressée au *Medical Times and Gazette*. Ce vénérable correspondant désire apprendre à un jeune homme établi dans « un bon voisinage » comment il doit se conduire dans les maisons des grands où il peut être appelé. Commençant par le commencement, il constate que les maisons dont il s'agit sont munies de deux cloches et d'un heurtoir. « Que choisira le médecin » ? demande-t-il gravement ; et on attend avec anxiété la réponse. « Mon habitude, dit-il, est de sonner doucement la cloche destinée aux visiteurs, bien que cela, quand on est appelé pour voir un des domestiques, m'ait paru friser l'inconvenance. Mais, quelque parti que prenne le jeune docteur, qu'il évite par-dessus tout de faire usage du heur-

REVUE PROFESSIONNELLE.

—

L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES.

Mon cher Rédacteur,

Permettez-moi de remercier, par votre intermédiaire, M. le Dr E., que je n'ai pas l'honneur de connaître, et qui, dans le no du 12 avril, a bien voulu parler de moi en termes dont je lui suis reconnaissant. Il nous a raconté, sous le masque de discrètes initiales, un fait qui, dit-il, milite en faveur de la suppression des médecins inspecteurs. C'est l'histoire d'un médecin, créancier hypothécaire d'un établissement thermal, éludant la loi au moyen d'un transfert, et posant sa candidature à l'inspection de cet établissement dont la prospérité *l'intéresse* à tous les points de vue. L'histoire est jolie ; elle n'est pas unique, et j'en aurais, pour mon compte, de bien des sortes à divulguer si je ne pensais pas qu'il vaut mieux, en ces matières, ne pas se décider sur des espèces. A moins d'y être directement provoqué, je maintiendrai toujours à la discussion un caractère impersonnel. C'est pour avoir avec mon confrère E. une conversation de ce genre, c'est-à-dire, en termes très gé-

---

toir ; cela implique une familiarité avec la famille, dont il importe que le praticien circonspect écarte le soupçon. Il s'en mettra à l'abri en se bornant à faire usage de la cloche. »

C'est bien ; mais nous lui recommandons, comme préférable dans certains cas, la pratique américaine de ne pas sonner du tout : qu'il lance gentiment une pilule contre la fenêtre du deuxième étage jusqu'à ce qu'on fasse attention à lui. Si cela ne réussit pas, qu'il place fortement le pied contre le jambage de la porte, qu'il arrache la sonnette et qu'il la jette au sommeiller quand celui-ci arrivera. Cela produit une impression de grande décision de caractère et indique un homme largement affairé.

Notre Anglais, nouveau Chesterfield, aborde bientôt un plus important problème : que faire de son chapeau ?

« Suivant la coutume des autres hommes qui ont affaire dans a maison, il fera bien de laisser son chapeau dans le Hall,

néraux que je sollicite l'hospitalité de votre journal. J'entre dans votre salon, vous nous présentez, et nous causons.

« Le début de votre article, dirais-je à M. le Dr E., m'a fait le plus grand plaisir, naturellement, car vous paraissiez abonder dans mon sens. Mais la fin m'a surpris : vous présentez, pour la conservation de l'inspectorat, des considérations que vous seriez bien aimable de me laisser examiner avec vous.

« Je crois, dites-vous, que l'Etat ne doit pas se désintéresser de sa surveillance vis-à-vis des marchands d'eaux qui ne craindraient plus d'altérer leurs produits avant de les livrer à la consommation publique. »

Et vous ajoutez : « On sait combien M. Girard, le savant chef du laboratoire de la police municipale, a constaté d'adultérations des eaux minérales par les eaux ordinaires, souvent aussi par d'autres substances, qui ne sont pas toujours sans inconvénients pour la santé des buveurs. »

Mais, très honoré confrère, les inspecteurs ne sont pas encore abolis, ils existent, et vous voyez bien qu'ils n'empêchent pas les adultérations des eaux minérales, puisque M. Girard les constate.

Les choses, quand on y réfléchit, ne peuvent se passer autrement. Si je ne craignais d'être entraîné trop loin, je vous

---

non par terre, mais sur la table. Il y peut, toutefois, courir de sérieux dangers. S'il y a des enfants dans la maison, ils ne manqueront pas de jouer avec, et peut-être de s'en coiffer pour se pavaner dans le salon ; familiarité évidemment de la plus grave inconvenance. Aussi, j'ai toujours gardé mon chapeau avec moi, et je ne l'ai abandonné que dans les cas où les investigations cliniques ne me permettaient pas de faire autrement. »

Nous pensons que cet avis, encore bien qu'il soit éminemment logique, manque un peu d'ampleur et d'expérience. Evidemment le Docteur aurait conseillé de laisser son chapeau par terre, — c'est la vraie manière pour un homme. Puisqu'il ne l'a pas fait, nous lui indiquerons, à lui et à ses pareils, la manière américaine : elle consiste à placer adroitement son pied dans le fond du chapeau, et à le faire sauter par-dessus la jambe. De cette façon, toutes les difficultés sont résolues.

Enfin, la question de la poignée de main s'éclaire, chez notre

en dirais, par le menu, toutes les raisons, et je vous rappellerais l'aventure, moitié bouffonne, moitié mélodramatique, du seul inspecteur qui crut, malheureusement pour lui, pouvoir lutter contre le propriétaire d'une source bien connue. Je me bornerai à invoquer une autorité qu'il est difficile de récuser : « Dans les grandes stations, dit M. Rochard, où les propriétaires et fermiers des eaux minérales sont de véritables potentats, où tout le monde dépend d'eux, *il est impossible d'exiger de l'inspecteur qu'il contrôle leurs actes* et qu'il aille rompre en visière avec de pareilles puissances... »

« D'autre part, continuez-vous, le captage des sources, leur entretien, leur conservation, mérite aussi toute l'attention de l'Etat.

« Qui empêcherait un industriel dont la source donnerait une quantité d'eau insuffisante pour le nombre des baigneurs, soit de faire servir plusieurs fois le même bain, soit d'alimenter ses baignoires avec l'eau du ruisseau voisin ? »

Le décret du 28 janvier 1860 a prévu ces objections et ces questions. Il y répond de la manière suivante :

Titre I. art. 13 : « Lorsque les besoins du service l'exigent, l'administration fait visiter par *les ingénieurs des mines* les établissements thermaux de leur circonscription.»

---

auteur, d'un éclat magistral : « Les nuances et l'étiquette de la poignée de main forment un sujet extrêmement délicat. Comme règle, je suis d'avis, avec la *Lancette*, qu'il vaut mieux s'en abstenir. Si une dame titrée offre deux doigts chargés de diamants, le jeune praticien serait à la fois fou et grossier en ne les prenant pas, mais il les touchera froidement et rapidement. Avec les femmes du commun, il sera mieux de les saluer cérémonieusement, que de leur offrir des poignées de mains lorsqu'elles entrent et lorsqu'elles s'en vont. »

Le Docteur ne dit pas ce qu'il faut faire de sa canne. Il est aisé de comprendre qu'il la passe simplement derrière son dos afin de donner plus de solennité au salut qui marque son entrée et sa sortie. Quant à ce qu'il fait de ses mains, il est facile également d'inférer, de ce qui précède, qu'il tient ses doigts dans sa bouche et qu'il est conduit dehors par le domestique.

Nous sommes bien persuadés qu'il n'y a pas beaucoup de

Titre II. art. 16 : « Dans tous les cas où les besoins du service l'exigent, des règlements, arrêtés *par le Préfet*, les propriétaires, régisseurs ou fermiers entendus, déterminent les mesures qui ont pour objet :

« La salubrité des cabinets, bains, douches, piscines, etc., etc.

« La protection particulière due aux malades, etc. »

Ces réglements sont affichés à l'intérieur des établissements.

Il n'est point question des inspecteurs en tout cela, et les intérêts dont vous vous préoccupez justement sont sauvegardés.

« L'inspecteur actuel, — c'est vous qui parlez, mon cher confrère, — chargé du service des indigents, l'est aussi du rapport annuel, et si, pour les pauvres, les autres médecins pouvaient facilement remplacer l'inspecteur, il n'en saurait être de même pour le rapport au ministre qui demande une direction unique. »

Ici encore, je prie de répondre pour moi un savant très désintéressé dans la question. Voici comment s'exprime, à cet égard, M. A. Gautier, dans le dernier rapport de la commission des eaux minérales à l'Académie de médecine (séance du 7 avril 1885.) : « Le nombre des rapports pour 1882 a été de 41, sur lesquels 8 méritent d'être signalés. Les autres sont dénués d'intérêt et souvent les eaux minérales françaises les plus célèbres

---

docteurs anglais comme le correspondant du *Times and Gazette* » ; mais nous félicitons les médecins de notre pays de n'être pas esclaves des « manières », et d'avoir le large océan pour tenir à distance ceux qui nous les vantent. Le médecin américain n'est peut-être pas toujours « aussi bon qu'un autre » ; mais, dans ses relations professionnelles il est toujours traité comme s'il l'était, et la question de savoir si quelqu'un est son supérieur ou son inférieur, socialement parlant, est, à coup sûr, la dernière chose qui puisse lui troubler l'esprit. (*The medical Record* 21 *février* 1885.— Trad. HEMMEL.)



n'ont pas eu le don d'inspirer une seule ligne à leurs médecins officiels... » Attendez, ce n'est pas fini : « Les cahiers que nous n'énumerons pas (33 sur 41 — il y a en France 108 inspecteurs) sont insignifiants ou d'une extrême faiblesse, et plusieurs médecins inspecteurs de nos principales eaux minérales *n'ont même pas essayé de remplir les colonnes du questionnaire* que le ministère leur envoie chaque année. »

Souffrez donc, mon cher confrère, que je m'étonne un peu de l'affirmation suivante : « Vainement voudrait-on créer, comme il en a été question, écrivez-vous, des inspecteurs régionaux ; ceux-ci, qui ne sont pas sur les lieux, ne pourront rien inspecter. »

Et voilà, d'un seul coup et d'un seul mot, compromises toutes les inspections de nos grands services administratifs, sans exception, qui toutes se font par des fonctionnaires non résidents. Ne croyez-vous donc pas, mon cher confrère, que la première et la plus indispensable condition pour que l'inspection soit sérieuse et efficace, c'est que l'inspecteur n'ait aucune attache dans la région qu'il est chargé d'inspecter. Trouveriez-vous utile et sage de faire inspecter un régiment par le colonel qui est à sa tête ; une division, par le général qui la commande ? Voudriez-vous qu'un trésorier-payeur inspectât sa propre comptabilité et les employés sous ses ordres, par cette raison que, résidant au milieu d'eux, il les connait mieux que personne ? etc., etc.

Vous émettez le vœu, — dans votre dernier paragraphe, très honoré Confrère, — que l'on donne aux inspecteurs un pouvoir sérieux de contrôle, mais non comme celui dont ils avaient été revêtus jadis qui amenait les conflits soit avec le propriétaire de l'établissement, soit avec les autres médecins de la station, ou les employés des bains ». Puisque vous n'indiquez pas le moyen d'arriver à ce résultat, je me hasarde à vous faire remarquer que peut-être la transformation de l'inspectorat local en inspectorat régional répondrait à vos desiderata.

Mais j'estime qu'un esprit aussi libéral que le vôtre doit aller au fond de la question, et faire bon accueil à un plus ferme langage :

Vous êtes en face d'un privilège, — l'inspectorat, — qui ne rend de réels services d'aucune sorte à personne, sauf, comme

le disait Tardieu, aux inspecteurs eux-mêmes ; — qui n'a que des inconvénients ; il entrave la science, il détruit toute confraternité, il abaisse les caractères, il trompe le public. Détruisez-le. Demandez-en, du moins, la destruction. Ne vous embarrassez pas dans des considérations secondaires, ne vous laissez pas prendre aux raisons spécieuses des « malins » qui voient dans la suppression d'un abus une menace pour leur influence.

Une fois détruit, les choses s'arrangeront toujours mieux qu'elles ne le sont. Depuis trois ans, plusieurs stations importantes n'ont ni inspecteurs, ni inspecteurs-adjoints. Ça n'en va pas plus mal, et sans l'inquiétude des compétitions possibles, ça irait beaucoup mieux qu'auparavant. — Une simple décision du 10 septembre 1861 a supprimé les inspecteurs des bains de mer. Qui s'en est plaint ? — Il n'y a plus, comme autrefois, dans chaque hôpital de Paris, *un* chirurgien en chef et *un* médecin en chef. Pourtant l'administration d'alors faisait valoir, pour conserver ce titre, les mêmes motifs, tirés de « la direction unique », de la « responsabilité », etc., « que l'on oppose maintenant à la suppression de l'inspectorat. Eh bien, proposez aux médecins des hôpitaux, j'entends à ceux qui sont partisans du maintien du titre d'inspecteur, proposez-leur de revenir à l'ancien régime, et vous verrez de quel air ils vous recevront.

L'inspectorat est un privilège ; il faut le détruire.

Pour le reste, Voltaire y a pourvu : « Je vous débarrasse, disait-il, d'une bête malfaisante, et vous demandez ce que je mettrai à sa place. »

Décidément, comme le répétait le vieux chirurgien Boyer, « ce Voltaire était un garçon d'esprit, — qui ne manquait pas de bon sens. » Dr Max Legrand.



REVUE CRITIQUE

—

DE L'OPÉRATION DE PORRO (1)

Les travaux faits dans ces dernières années sur l'opération

(1) Rapport lu à la Société Médico-Pratique, sur la candidature de M. Maygrier, accoucheur des hôpitaux, par M. le Dr E. Michel, dans la séance du 9 mars.

de Porro ne sont pas encore très nombreux, aussi est-ce pour moi une bonne fortune que d'avoir été appelé à vous rendre compte de l'excellente thèse de M. le Dr Maygrier.

Vous savez tous, Messieurs, quelles sont les raisons qui ont poussé le professeur de l'université de Pavie à faire suivre l'opération césarienne de l'ablation totale de l'utérus et des ovaires. Il espérait ainsi supprimer les principales causes qui produisent une si effrayante mortalité et donnent de si déplorables résultats lorsqu'après l'extraction du fœtus on replace dans l'abdomen l'utérus incisé.

Après des expériences nombreuses faites sur les animaux et qui avaient donné de très bons résultats soit entre ses mains, soit entre celles de divers expérimentateurs, le professeur Porro se décida, le 21 mai 1876, à pratiquer l'opération qui porte désormais son nom, et sa tentative fut couronnée d'un plein succès ; la mère et l'enfant furent sauvés. Il s'agissait, vous vous en souvenez tous, Messieurs, d'une femme dont le bassin avait un diamètre sacro-pubien de quatre centimètres, et l'opération fut pratiquée, à Pavie, dans une Maternité où régnait l'infection puerpérale.

Parmi les motifs qui avaient déterminé Porro et qu'il énonce avec soin, dans la relation du cas qui nous occupe, il en est un que je ne crois pas devoir passer sous silence : « Si la pratique décide un jour en faveur de l'opération que j'ai exécutée, dit-il, et si la modification que j'ai introduite dans la section césarienne conserve la vie à de nombreuses femmes mal conformées, que la gloire en revienne aux gastrotomistes en général et en particulier au chirurgien français Péan ; ce sont ces opérations hardies et heureuses d'amputation utéro-ovarique qui m'ont engagé à suivre sa noble impulsion et à faire rentrer cette opération du domaine de la gynécologie dans celui de l'obstétrique.

Depuis 1876, l'opération de Porro a été répétée nombre de fois, et M. le Dr Maygrier, dans la thèse qu'il a adressée à l'appui de sa candidature, en rapporte cinquante-cinq cas, dont dix-huit sont récents et ont été publiés depuis le très remarquable travail de M. Pinard qui date de 1878.

Les résultats de ces diverses opérations sont, il faut bien l'avouer, des plus encourageants, et M. Maygrier nous le fait voir clairement.

Sur les cinquante-cinq cas qu'il analyse, trente-deux opérés succombèrent et vingt-trois guérirent, ce qui donne en moyenne une mortalité de 58 à 59 0/0. En ce qui concerne les enfants, 38 furent sauvés et 17 succombèrent, ce qui donne une moyenne de mortalité de 30 à 31 0/0. Parmi ces derniers, six étaient déjà morts avant qu'on pratiquât l'opération et on manque de renseignements sur le sort des autres.

M. Maygrier ne fait aucun doute sur l'avenir de cette opération et sur les résultats qu'elle fournira plus tard. Il pense qu'on pourra, lorsque l'étude des procédés sera complète, lorsque le chirurgien n'aura plus qu'à suivre des règles bien tracées, lorsque les hésitations de la première heure n'existeront plus, obtenir un nombre de succès beaucoup plus considérable.

Remarquons que sur les 55 cas qui sont connus d'opération de Porro, 32 fois l'opération fut nécessitée par des déformations rachitiques du bassin, 7 fois par l'ostéomalacie, trois fois par des tumeurs fibreuses ; que sur les 32 malades mortes, 12 succombèrent à la péritonite, un certain nombre d'autres à des causes inhérentes à l'opération, mais que, dans certains cas aussi, la mort survint dans des conditions où elle était pour ainsi dire fatale (ostéosarcome du bassin, néphrite interstitielle avancée, septicémie produite par la putréfaction du fœtus, tumeur considérable, etc., etc.). Si on avait soin de déduire ces malades de la statistique, les résultats fournis par l'opération de Porro apparaîtraient comme bien plus favorables.

M. Maygrier étudie dans deux chapitres intitulés, l'un historique, l'autre statistique de l'opération de Porro, les diverses questions que je viens de traiter. Dans un 3e, il nous décrit, avec un soin minutieux et dont on ne saurait trop le louer, le mode opératoire et toutes les questions qui s'y rattachent.

Au risque d'être un peu long, je vais vous donner, Messieurs, un aperçu de ce chapitre le plus important et le plus détaillé de la remarquable thèse que vous avez confiée à mon analyse.

Et d'abord à quel moment faut-il opérer ? Se basant sur l'étude de l'opération césarienne, M. Maygrier conseille d'attendre, si on le peut, le moment où le travail commence ; c'est se placer dans les meilleures conditions pour l'enfant qui a d'autant plus de chances de survie qu'il est plus près du moment de sa naissance et de son développement complet, mais c'es

aussi le moment favorable pour la mère. Seulement il ne faut pas que le travail dure depuis trop longtemps. Il résulte, en effet, des statistiques de Collins pour la version, de Radfort pour la section césarienne, que toutes les opérations obstétricales sont d'autant plus graves que la femme est plus épuisée par un travail prolongé. Le fait est hors de doute ; en particulier, dans la statistique de Radfort ; sur 24 opérations césariennes faites après 24 heures accomplies de travail, 7 femmes guérirent, ce qui fait une mortalité de 70 pour cent ; tandis que sur 76 femmes opérées plus de 24 heures après le début du travail, 9 seulement survécurent, ce qui fait une moyenne de 88 %. L'opération de Porro n'échappe pas à cette règle, et M. Maygrier recommande, avec justes raisons, d'intervenir de bonne heure.

Le moment fixé, l'opération nécessite des soins préliminaires assez nombreux ; je ne vous les décrirai pas; ils sont identiques à ceux que l'on a coutume de prendre lorsqu'on pratique l'ovariotomie.

Il est inutile, je pense, de dire que les précautions listériennes doivent être employées dans toute leur rigueur.

Je ne m'étendrai ni sur l'incision de la peau, qui doit mesurer de 16 à 17 centimètres, ainsi que l'a démontré M. Budin ; ni sur l'incision du péritoine, qui se fait avec les précautions et suivant les règles suivies dans l'ovariotomie.

Une fois l'utérus mis à nu, on l'incise, en prenant garde à l'écoulement sanguin, puis on rompt les membranes et on va à la recherche des pieds de l'enfant.

On fait l'extraction du fœtus et du délivre, et lorsque l'utérus est vide on l'attire au dehors, et on place au niveau du col une ligature métallique au-dessus de laquelle on excise.

La ligature employée se fait de deux manières : ou bien on traverse le col au moyen d'un trocart dans la canule duquel on fait passer deux fils métalliques qu'on serre ensuite en sens inverse ; ou bien on passe deux broches perpendiculaires l'une à l'autre au-dessus desquelles on met des fils. Le pédicule ainsi obtenu est fixé à la paroi abdominale qu'on suture à son tour :

L'opération est alors terminée.

Vous connaissez déjà les résultats obtenus; je n'y reviendrai que pour suivre M. Maygrier dans son travail et pour vous rendre compte du dernier chapitre intitulé : Des résultats com-

parés de l'opération de Porro, de l'accouchement prématuré artificiel et de l'embryotomie.

Les déplorables résultats donnés jusqu'à ce jour par la section césarienne simple sont loin des 41 à 42 % de succès fournis par l'amputation utéro-ovarique; il n'y a donc pas lieu de comparer entre elles ces deux opérations. Mais il n'en est pas de même pour l'accouchement prématuré artificiel. Supposons une femme ayant un bassin mesurant moins de sept centimètres dans son axe antéro-postérieur, de deux choses l'une, ou elle se présentera à l'accoucheur au début de sa grossesse ou elle attendra d'être à terme. Dans ce dernier cas, il n'y a que l'amputation de Porro ou l'embryotomie. Dans le premier cas, au contraire, on pourra hésiter entre l'accouchement prématuré artificiel ou les opérations dont nous venons de parler.

Mais l'accouchement prématuré n'est pas une opération aussi réglée, ni aussi facile qu'elle le paraît au premier abord, et les tables de Scanzoni, qui semblent devoir lever toutes les hésitations du médecin, ne tiennent pas compte d'un grand nombre de difficultés et de conditions désavantageuses qui peuvent devenir des causes d'insuccès et même de danger, danger qui se traduit par une mortalité importante, ainsi que nous le verrons dans un instant. De plus, après un accouchement prématuré artificiel, l'enfant est dans des conditions très précaires, ainsi que cela résulte de la statistique suivante faite par M. Maygrier, et dont les éléments ont été recueillis à la clinique et à la Maternité de Paris : sur 34 accouchements prématurés artificiels, dans des cas de retrécissements au-dessous de 7 centimètres, douze fois seulement les enfants furent amenés vivants et quatre fois seulement ils survécurent, ce qui donne une proportion de 88 à 89 % de décès; et, sur 34 mères, 11 succombèrent, ce qui fait environ 32 %. M. Maygrier pense que l'opération de Porro n'aurait pas donné des résultats de beaucoup différents, d'autant plus qu'à l'extrême limite, dans certains cas de retrécissements beaucoup plus considérables que 7 centimètres, la proportion des décès augmente et que l'accouchement prématuré doit, dans quelques cas, être tenté dans des conditions qui le font ressembler à un véritable avortement.

Les causes qui obligent à l'embryotomie sont si différentes que cette opération ne peut qu'être très difficilement comparée avec

l'amputation utéro-ovarique. Il n'en est pas de même pour la céphalotripsie qui paraît, d'après M. Maygrier, présenter, au point de vue de la mère, un certain avantage sur l'opération de Porro. En effet, dans la statistique que nous donne notre confrère, sur 67 cas qui comprennent des bassins d'un diamètre de 6 c. 5 à 7 c. il y a eu 39 guérisons de mères et 28 morts, ce qui donne une moyenne de 41.79 %. Cette mortalité augmente à mesure que le diamètre diminue; à six centimètres, elle est de 45 %.

En résumé, dans l'opération de Porro, mortalité pour la mère, 58.18 % ; pour les enfants, 30.50.

Dans l'accouchement prématuré artificiel, mortalité pour la mère, 32.35; pour les enfants, 88.23.

Cephalotripsie à six centimètres. Mortalité pour la mère, 45.16, et pour les enfants, 100.

Si, imitant quelques auteurs, et mettant de côté les cas notoirement défavorables, M. Maygrier avait pris pour base le nombre des existences conservées, sa moyenne aurait bénéficié de la faible mortalité des enfants qui tous doivent être théoriquement sauvés dans l'opération de Porro, pourvu qu'on intervienne dans de bonnes conditions et à temps, et il serait arrivé à des chiffres bien plus favorables.

Mais nous ne saurions lui faire un reproche, quelque léger qu'il fût, de n'avoir pas agi ainsi; il a voulu être exact et précis, et il n'a pas hésité à faire rentrer dans sa moyenne des cas de mort qui ne doivent en rien figurer à ce passif de l'opération de Porro ni pour la mère ni pour les enfants.

Comme dernier argument en faveur de l'opération qu'il préconise, M. Maygrier nous rappelle les recherches de Joly. Cet auteur a démontré que l'expectation, dans le cas de rupture de l'utérus, ne donne que 1,59 % de succès, l'extraction par les voies naturelles 19 %, enfin la gastrotomie 68,4.

N'est-ce pas là un fait qui démontre l'utilité de ne pas laisser séjourner dans l'abdomen un organe qui devient soit une source d'hémorrhagies, soit une cause de péritonite, et qui, par sa structure, est dans les meilleures conditions pour absorber les produits septiques ?

Vous ai-je fidèlement résumé la thèse de M. Maygrier ? Je l'espère, bien que j'aie dû, sous peine d'être trop long, négliger un

grand nombre d'arguments de nature à montrer la conviction avec laquelle le candidat, qui se présente à nos suffrages, écrit en faveur d'une opération qui, à ses yeux, est un progrès destiné à sauver des femmes pour lesquelles l'art se montrait, souvent, fatalement impuissant. Dans tous les cas, j'espère vous avoir inspiré le désir de lire une œuvre sérieuse et très bien faite, terminée par l'histoire détaillée de six malades, opérées, déux par M. Tarnier, quatre par M. Lucas Championnière, et parmi lesquelles trois guérirent et trois succombèrent.

Il ne me reste plus maintenant, Messieurs, qu'à vous prier d'accorder à M. Maygrier vos suffrages unanimes, car son travail nous promet un collègue des plus distingués.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

DES APPLICATIONS NOUVELLES DE LA THÉRAPEUTIQUE PENDANT L'ANNÉE 1884.

(*Suite. — Voir les numéros précédents.*)

Ozonéine. — Le Dr Onimus a présenté à la Société de Biologie un liquide trouvé par M. Brand et fabriqué par M. Beck.

Ce liquide, qui doit sa vertu à l'ozone dont il est saturé, conserve sa propriété indéfiniment.

La difficulté à surmonter était de condenser l'ozone ou de le faire dissoudre dans l'eau par la raison qu'il se transforme en oxygène ordinaire dès qu'il est libre. Aussi le Dr Onimus a-t-il tenu, avant tout, à expérimenter tous les réactifs de l'ozone, et ses recherches ont été concluantes, car ce liquide donne toutes les réactions de l'ozone avec le papier Schœnbein, avec le papier Houzeau, avec le papier au thalium ; il noircit l'argent métallique et transforme l'arsenite de potasse en arseniate.

C'est un puissant désinfectant, qui a été employé à Toulon avec un succès remarquable, dans les salles de cholériques et de varioleux. Les Drs Guiol et Long assurent que c'est grâce à l'appareil producteur d'air ozonisé, maintenant dans les salles de cholériques une surcharge d'oxygène, qu'on doit attribuer la remarquable immunité observée sur tout le personnel de l'hôpital.

Le Dr Rey Escudier déclare que « pas un seul cas de contagion n'a eu lieu à Bon-Rencontre pendant l'épidémie, grâce à l'ozonisation des salles par ce liquide. »

Ce liquide comme toutes les autres eaux ozonisantes, dégage une odeur très prononcée de térébenthine.

Paraldéhyde. — La paraldéhyde et ses propriétés vous ont été décrites par votre rapporteur de 1883, et je n'y reviendrais pas, si je ne trouvais dans un travail du docteur Keraval, publié dans le *Progrès médical*, des formules utiles dans la pratique.

Hypnotique puissant, ce médicament est d'un très grand secours chez les aliénés, auxquels il est donné le soir à la dose de 4 à 6 grammes, dans un mélange à parties égales d'eau distillée et de sirop de vinaigre framboisé (ou de menthe, vanille etc.) ââ eau et sirop 30 grammes.

Par voie rectale :

Paraldéhyde.	4 grammes
Eau de guimauve.. . , ...	150 grammes
Jaune d'œuf	N° 1

Par injections sous-cutanées :

Eau distillée	16 grammes
Eau de laurier cerise	4 grammes
Paraldéhyde	4 grammes

On peut, par seringue, injecter 0 gr. 20 de paraldéhyde.

Le Dr F. Ottari de Reggio de l'Emilia rapporte une observation de tétanos rhumatismal aigu, traité inutilement par le chloral : 8 gr. par jour, soit par voie stomacale, soit par lavement. Ce traitement n'ayant amené aucun soulagement, on substitua au chloral 6 gr., puis 8 gr. de paraldéhyde dans 100 gr. d'eau. La guérison marcha rapidement ; elle eut lieu en 10 jours.

Pendant tout le traitement, le malade fut isolé dans un pavillon, à l'abri des bruits du dehors, en un mot au repos absolu.

Le Dr Dujardin-Beaumetz, dans sa communication à la Société de Thérapeutique, a tenu à bien spécifier l'action clinique de ce médicament. Chez des malades atteints de coliques néphrétiques ou hépatiques, la paraldéhyde est absolument impuissante pendant les crises ; mais dans l'intervalle des accès douloureux, elle provoque un sommeil tranquille et prolongé ; chez les morphiomanes, elle est d'une très grande utilité, car elle combat la manie habituelle de se faire dormir qui domine chez eux, la douleur étant reléguée au second plan.

Pangium édule (Bixacées.) — Grand arbre de Java, jouit comme tous ses congénères de propriétés narcotiques puissantes, affectant le système cérébro-spinal. Les symptômes qui se produisent sont : somnolence, céphalalgie, violentes nausées, vomissements, délire furieux ou gai, souvent mort. Les antidotes employés sont ceux que l'on préconise contre tous les narcotiques.

Une simple macération dans l'eau froide enlève à la plante ses propriétés toxiques, et ce fait bien connu des indigènes, est mis en pratique par eux pour étourdir ou tuer les poissons dont ils veulent s'emparer ; ils jettent à cet effet des écorces ou des feuilles de Pangium dans les cours d'eau.

Les grains servent à l'alimentation, et contiennent de grandes quantités de matières grasses, utilisées dans l'économie domestique. Il faut

cependant avoir soin de les laisser en macération dans l'eau froide, quelques heures avant d'en faire usage, après quoi elles deviennent inoffensives, mais purgent encore les personnes qui n'en ont pas l'habitude.

Les différentes parties de la plante sont administrées à Java, comme anthelmintiques et le suc des feuilles donne les meilleurs résultats dans le traitement des plaies chroniques (*Rémy Chatel, thèse*).

Permanganate de potasse contre la sueur des pieds. — Stanislas Martin donne la formule suivante :

Permanganate de Potasse........................	1 gramme
Eau distillée............	100 grammes
Thymol....................................	30 gouttes

Trempez dans ce mélange du papier à filtre, de la toile, du calicot, des semelles en liège ou en paille ; laissez sécher ; taillez les semelles de la grandeur voulue. Chaque jour on peut en mettre une paire neuve dans les chaussures. (*Bullet. de Thérap.*)

Pilocarpine. — Après de nombreuses expériences, le Dr Galezowski conclut que la pilocarpine est souvent préférable à l'ésérine.

La pilocarpine est moins irritante, calme plus vite et plus facilement les douleurs et la fatigue qu'éprouvent les malades atteints de glaucome simple.

Il est souvent difficile de définir d'avance auquel de ces deux myotiques on doit avoir recours dans un cas donné, aussi il prescrit au début l'instillation alternative de ces deux substances. Souvent l'usage alternatif de l'une et de l'autre procure des soulagements plus grands ; dans d'autres cas, on est obligé de choisir soit la pilocarpine, soit l'ésérine seule.

Piscidia Erythrina. — Notre collègue Limousin nous a fait une communication très intéressante sur l'écorce du Piscidia Erythrina, famille des Légumineuses, tribu des Dalberginées. — C'est un arbuste des Antilles qui doit son nom (ερυθροσ rouge) à la couleur éclatante de sa fleur rouge et à l'action stupéfiante qu'elle exerce sur les poissons (Piscidia). — Les Anglais la nomment Jamaïca Dogwood.

Le Dr Landowski a reconnu à cette plante les propriétés sédatives et soporifiques signalées par le professeur Ott et le Dr Hamilton, et dont notre collègue Duchesne vous a parlé dans son dernier rapport.

Le Dr Landowski s'est servi de l'extrait fluide préparé par notre collègue Limousin, en suivant la méthode de la pharmacopée des États-Unis c'est-à-dire que le poids de l'extrait représente exactement le même poids de la substance employée.

La dose ordinairement prescrite pour obtenir un effet soporifique est de 3 à 4 grammes, administrés généralement en une seule fois.

Phosphore. — Le Dr Busch (*Paris médical*) rapporte deux cas d'ostéomalacie traités par le phosphore et sensiblement améliorés. Il l'administre en pilules suivant la formule suivante :

Phosphore..............................	0 gr. 25 centigr.
Sirop simple..........................	9 grammes.

Mêlez et ajoutez :

Poudre de réglisse..................	10 grammes.
Poudre de gomme arabique.....	5 grammes.
Poudre de gomme adragante....	2 gr. 50 cent.

pour 250 pilules. — Chacune d'elles contient 1 milligr. de phosphore. — 2 pilules par jour. — On peut augmenter.

Le Dr Busch ne croit pas à l'utilité du phosphore dans la carie ou le rachitisme.

Résorcine. — Le Docteur Leblond, continuant ses expériences sur la résorcine, expériences relatées dans le rapport de l'année dernière, a trouvé que cette substance contribuait puissamment à dissocier les fausses membranes, et il a eu l'occasion d'obtenir la guérison dans des cas où d'autres traitements avaient échoué.

Le Docteur Moncorvo (de Rio-Janeiro) se loue beaucoup de l'emploi de cette substance dans la coqueluche. Il reconnaît la nature parasitaire de cette maladie, qui serait due à la présence de micrococci, qui prolifèrent, en nombre prodigieux, sur la muqueuse qui tapisse la région susglottique du larynx.

Dans tous les cas où la résorcine a été appliquée directement, elle a réussi à faire décroître rapidement le nombre des quintes et leur intensité, amenant la guérison dans un assez bref délai (de 20 jours à un mois).

Les badigeonnages sont faits avec la solution suivante :

R. Résorcine chimiquement pure...............	1 gramme.
Eau distillée ou Glycérine........	15 grammes

Se servir d'un pinceau courbe à longue hampe.

Un badigeonnage toutes les heures, jour et nuit.

A l'intérieur : de 2 jusqu'à 4 grammes.

Cette substance détermine promptement la chute du pouls et amène une rapide disparition des ganglions.

Sercission (*De la*). — Notre collègue le Dr Boyer est l'inventeur d'un procédé de facile application pour l'ablation des polypes utérins ; MM. Gillet de Grandmont et Brochin ayant remis ce procédé en lumière, et M. le Dr Boyer ayant été appelé cette année plusieurs fois par M. Gallard, pour appliquer ce procédé dans son service de l'Hôtel-Dieu, nous croyons utile de vous en reparler.

Il consiste : 1° à jeter autour du pédicule une anse de soie de Chine au moyen de deux sondes ; 2° à substituer un régulateur au porte-fils ; 3° à placer un serre-fils unique conducteur ; 4° placer le fixateur ; 5° sectionner le pedicule en exécutant le mouvement de scie.

M. Brochin a proposé de simplifier ce mode opératoire, en ne se ser-

vant que des deux tiges porte-fils et du fixateur. Le Dr Boyer, en acceptant cette modification à son procédé, déclare qu'il est des cas où le régulateur est indispensable.

Ce procédé est d'une grande simplicité, d'une facile application et la section s'opère rapidement ; il offre cet avantage sur l'écraseur, que l'anse, qui doit opérer la section, ne glisse pas ; qu'il n'est pas douloureux et qu'on n'observe pas d'accidents consécutifs ; pas d'hémorrhagies, pas de péritonite, peu ou point de fièvre.

Soude (*Nitrite de*). — Matthew Hay a essayé le nitrite de soude dans le traitement de l'angine de poitrine, et en a obtenu des avantages marqués (*The Practitioner* 1883). La dose varie de 0,15 à 0,50 centigr.

Les effets de ce sel sont analogues à ceux du nitrite d'amyle et de la nitro-glycérine ; le nitrite de potasse a la même action, mais le nitrite de soude, qui n'agit pas sur les muscles comme le sel de potasse, doit lui être préféré.

Sozygium Jambolonum. — Cet agent médicamenteux est le fruit d'une plante de la famille des myrtacées, employée dans certaines provinces de l'Inde pour combattre la glycosurie. M. Banetrala en a fait usage dans trois cas, et a constaté : 1° la diminution de la sécrétion de l'urine ; 2° la disparition du sucre. Ces phénomènes se manifestaient dans l'espace de quarante-huit heures, et pendant aussi longtemps que les malades étaient soumis à l'influence de ce médicament, ils pouvaient impunément faire usage d'une alimentation amylacée. L'enveloppe astringente de ce fruit paraît en être la portion active. (*The London med. Record.*, 15 feb. 1884.)

Strychnine dans l'alcoolisme. — C'est à Luton (de Reims) que l'on doit la véritable formule du traitement de l'alcoolisme par cet alcaloïde. Avant lui, Giacomini avait signalé l'antagonisme physiologique existant entre la strychnine et l'alcool. Après lui, Huss avait employé la strychnine contre certains phénomènes de l'alcoolisme.

Dans les cas de delirium tremens, Luton donne de 2 à 3 injections hypodermiques de strychnine par jour. Chaque injection contient 0 gr. 005 de sulfate de strychnine; à l'intérieur, il donne, par 24 heures, trois centigrammes de sulfate de strychnine en doses fractionnées, ou 0 gr. 20 d'extrait de noix vomique, ou bien 8 grammes de teinture.

Les expériences de Luton ont été reprises par Dujardin-Beaumetz qui a obtenu les mêmes résultats.

Morey a observé un ivrogne qui faisait cesser journellement les effets de l'alcool, en prenant, à doses massives, le sulfate de strychnine. (*The Practitioner*, sept. 1875.)

Dujardin-Beaumetz conclut que la strychnine doit rester dans la thérapeutique comme un moyen puissant de combattre le Delirium tremens, mais nullement l'alcoolisme tel qu'on doit le comprendre aujourd'hui.

Sublimé. — Le Docteur Constantin Paul a employé les solutions de sublimé dans la blennorrhagie en injections préconisées par le docteur Fauté. Les solutions dont il se sert sont au nombre de trois ; elles renferment pour 100 grammes d'eau, l'une 1 gramme 40 centigr., l'autre 0,60 centigr. ; la troisième, la plus faible, 0,12 centigr. Constantin Paul rappelle que la culture, l'inoculation du microbe de la blennorrhagie, auquel on a donné le nom de gonococcus, paraissent jusqu'ici démontrer la spécificité du micro-organisme ; or il suffirait, d'après certaines expérimentations, d'une solution au vingt millième, pour le détruire à coup sûr. On pourrait expliquer ainsi l'action curatrice des injections de sublimé. C. Paul continue ses recherches, et engage ses confrères à essayer l'injection au dix-millième dans toutes les périodes de la blennorrhagie. Les injections doivent être faites avec une extrême douceur, au moyen d'une seringue de Langlebert à jet recurrent ; on évitera ainsi les accidents qui pourraient résulter de la pénétration du liquide dans la vessie.

Nous n'avons pas à parler de l'emploi du sublimé comme antiseptique en obstétrique, son usage remontant à une date bien antérieure à 1884.

Notre collègue le Dr Landolt se sert, comme antiseptique, dans sa clinique ophthalmologique d'une solution de sublimé au cinq millième ; cette solution, à laquelle on peut avoir recours aussi bien pendant et après les opérations, que dans les affections extérieures des yeux, provenant d'une infection ou la faisant craindre, est, suivant notre collègue, très bien supportée par les yeux.

Sucre. — L'emploi du sucre en poudre est resté un remède populaire pour les plaies fongueuses, et pour certains eczémas à sécrétion abondante. Les professeurs Fischer en Allemagne, Lücke à Strasbourg, Masse à Bordeaux, ont constaté par l'expérimentation clinique, que les avantages attribués par le peuple à ce pansement, sont réels, et que, en se dissolvant dans la suppuration, il forme une couche sirupeuse, qui protège la plaie et, en empêchant la formation des bactéries, préserve des accidents de septicémie.

Sulfo-carbol. — Notre collègue Ferdinand Vigier nous a lu un travail sur l'acide orthoxyphényl sulfureux, qu'il nomme pour plus de facilité de langage, sulfo-carbol, et dont il signale les propriétés antiseptiques, antiputrides, et antifermentescibles. A la température ordinaire, c'est un liquide sirupeux (densité 1400), d'une teinte rosée, d'une odeur piquante, mais non désagréable comme celle du phénol, et qui disparaît presque complètement en solution ; vers 8 à 10 degrés au-dessous de zéro, il cristallise en aiguilles, et forme une masse compacte qui se liquéfie à une légère chaleur. Chauffé avec précaution sur une plaque, il se volatilise et peut servir en fumigations ; si l'on élève la température, il distille vers 130°, puis se décompose ; il reste du charbon. Il forme des sels cristallisés avec un grand nombre de corps : la potasse, la chaux, la soude, le mercure, le fer, le plomb, le bismuth, etc. ; notre collègue fit

des expériences pour déterminer le degré de toxicité de ce corps, et savoir quelles étaient les doses auxquelles ce produit pouvait être donné en thérapeutique. Il a fallu 2 gr.80. du produit actif en injection intra-veineuse, pour déterminer la mort d'un chien du poids de 15 kilogrammes. L'autopsie a démontré l'influence coagulatrice de cette substance à doses concentrées. M. Vigier a pu prendre, sous forme de limonade, différentes doses de sulfo-carbol ; il a pu, en un jour, par petites doses, en absorber jusqu'à dix grammes. Une dose de 1 à 6 grammes de cette substance dans un litre d'eau édulcorée avec sirop 100 grammes, forme une limonade très agréable. La présence du sulfo-carbol dans les urines, même lorsqu'il est pris à l'intérieur à doses faibles 0 gr. 50 centig., est décélée par le perchlorure de fer ; les urines se conservent bien et l'acide urique se dépose rapidement. Le sulfo-carbol peut donc, dans le pansement ordinaire des plaies, remplacer les acides phénique et salicylique, à la dose de 1 à 5 pour 100.

Contre les fièvres éruptives, les maladies parasitaires de la peau : teigne, dermatose, 1 à 10 p. 100.

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

—

Etude sur les luxations scapulo-humérales compliquées de fracture, par le Dr Oger.— Thèse récompensée, 1884.—Steinheil, édit.—La dissertation inaugurale de M. Oger est l'étude la plus complète que nous possédions aujourd'hui sur la question difficile des luxations d'épaule compliquées de fracture. C'est une œuvre d'érudition et de patience dont l'élaboration a dû coûter du temps et du labeur. Mais l'auteur n'a rien à regretter : il a produit une thèse de mérite, monographie que devra consulter quiconque dans l'avenir voudra connaître l'histoire des fractures compliquant les luxations scapulo-humérales.

La comparaison attentive des documents a permis de faire une remarque bien particulière. Une certaine observation, publiée en 1862, par M. Champenois, aide-major, se trouve être la reproduction quasi-littérale d'une observation de M.Richet, antérieure de 11 ans. Cette concordance absolue, et dont nous pouvons juger par la confrontation des textes, a rempli de surprise M. Oger. Il ne croyait pas qu'il fût si vrai qu'aux mêmes situations les mêmes expressions répondissent. Si cependant cette interprétation ne satisfaisait pas, peut-être l'i-

dentité des réductions pourrait-elle s'expliquer par ce fait bien simple que l'observation de M. Champenois est la réédition de celle de M. Richet. Seulement M. Champenois s'est mal fait comprendre : on lui a attribué ce qui ne lui revenait pas. Toute autre supposition serait plus que discourtoise : nous imiterons la réserve de M. Oger.

Au cours de ses recherches, l'auteur a pu rectifier encore une allégation de Gartl, réputé bibliographe impeccable, ayant trait à l'historique du sujet.

Après ces soins préliminaires, l'exposé, la critique et les déductions des documents recueillis sont abordés.

Dans un premier chapitre, toutes les observations, au nombre de 80, sont disposées suivant l'ordre logique qui sera suivi dans la discussion ultérieure.

Dans le deuxième chapitre, l'examen général de la question est entrepris, basé sur les données précédentes.

Ces causes, auxquelles il faut rapporter la luxation compliquée de fracture, sont banales ; ce sont les violences et les chutes sur l'épaule. Le mécanisme, quelque peu discuté en un temps, paraît à présent bien établi : la fracture est toujours consécutive à la luxation. La capsule est rompue, la tête passée hors sa cavité, mais la violence n'est pas épuisée et continue d'agir, quelquefois en brisant les côtes sur lesquelles la tête humérale s'est appliquée, d'autres fois en fracturant l'humérus même.

Quand on est appelé sur l'instant qui suit l'accident, on reconnaît aisément les signes combinés de la luxation et de la fracture, mais quand le gonflement a déformé tout le moignon de l'épaule et masqué les repères habituels, on est très incertain sur la signification des divers symptômes contradictoires relevés. Cependant, sauf dans les cas de fracture du col anatomique où le diagnostic est, non pas impossible, comme l'a dit Lenoir, mais certainement difficile, sauf dans ces cas, il est rare qu'on n'arrive pas à préciser les lésions grâce à la saillie exagérée de l'acromion, à la dépression sous-acromiale, à la présence d'une masse arrondie dans l'aisselle pendant que le bras pend le long du corps, rapproché du tronc et qu'on perçoit une crépitation osseuse.

Ce dernier signe peut ne pas exister comme du reste la

mobilité anormale, l'ecchymose, etc. Les indices les plus sûrs sont, accompagnant les signes d'une luxation : le bras non écarté du corps et le raccourcissement du membre.

Le diagnostic posé, que faire?

Autrefois on ne faisait rien du tout. On laissait les choses en place. La fracture se consolidait et l'on voyait plus tard comment on pouvait remédier aux inconvénients résultant de la situation vicieuse du membre. Les résultats de cette expectation n'étaient guère bons. Les essais de réduction tardive étaient rarement couronnés de succès. Quand, cependant, ils réussirent (il en est 2 cas), l'état fonctionnel de l'épaule fut récupéré de façon satisfaisante.

A la méthode ancienne, succéda, en 1836, la méthode, dite de Ribéri, qui consiste en la détermination d'une pseudarthrose par des mouvements imprimés de bonne heure avec ménagement au membre blessé.

Cette pratique absolument rejetée par quelques chirurgiens, a pour inconvénient d'exposer à des complications inflammatoires dangereuses ; elle pourra peut-être trouver son indication quand les tentatives de réduction immédiate auront échoué, mais on devra ne procéder qu'avec une prudence attentive.

De préférence à ces deux manières d'agir, le chirurgien, appelé assez tôt, choisira la méthode de réduction immédiate par refoulement direct à l'aide des doigts. Il pourra s'aider dans cette manœuvre de quelques tractions légères sur le coude qui auront pour effet d'abaisser la tête que la pression des doigts réintégrera ensuite dans la cavité articulaire. Après réduction, on attendra la consolidation osseuse dans un appareil d'immobilisation.

Si les efforts de réduction immédiate n'aboutissent pas, on ne répétera guère les tentatives, il faudra laisser les parties blessées dans le repos jusqu'à consolidation.

Enfin, pour mémoire, M. Oger dit un mot, en terminant, de la méthode américaine d'extraction de la tête fracturée.

Une analyse est forcément très incomplète. Celle-ci ne peut donner qu'une idée bien imparfaite du travail de M. Oger dont rien ne peut remplacer la lecture. Nous ne pouvons, pour nous

que remercier M. Oger de nous avoir procuré une tâche aussi facile qu'instructive.

L. T.

FORMULAIRE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Instructions contre la diphthérie. — Le conseil d'hygiène publique vient de rédiger les instructions suivantes sur les mesures à prendre contre la diphthérie qui, en France, et principalement à Paris, devient une cause de plus en plus fréquente de mortalité.

A. Instructions générales. — La diphthérie est une affection éminemment contagieuse.

Toute relation des enfants avec les diphthériques doit être évitée.

On ne connaît jusqu'à ce jour aucun médicament qui préserve sûrement de la diphthérie.

Il est très important de surveiller attentivement le début de tout mal de gorge.

Il importe, surtout en temps d'épidémie, de nourrir les enfants aussi bien que possible et de ne pas les soumettre à l'action prolongée du froid humide.

B. *Conduite à tenir quand un cas de diphthérie se déclare dans une famille.* — 1° Il est indispensable d'éloigner immédiatement toute personne qui ne concourt pas au traitement du malade, et surtout les enfants;

2° Les personnes qui soignent le malade éviteront de l'embrasser, de respirer son haleine, et de se tenir exactement en face de sa bouche pendant les quintes de toux.

Si ces personnes ont des crevasses ou de petites plaies, soit aux mains, soit au visage, elles auront soin de les recouvrir de collodion. Elles se nourriront bien et devront sortir plusieurs fois dans la journée au grand air. Elles prendront la précaution de se laver préalablement le visage et les mains avec de l'eau renfermant, par litre, 10 gram. d'acide borique ou 1 gram. d'acide thymique. Enfin, elles éviteront de séjourner nuit et jour dans la chambre du malade.

3° A Paris, les familles qui désirent faire soigner leurs enfants à l'hôpital s'adresseront, le plus tôt possible, au poste central de police de leur arrondissement ou au commissariat de police de leur quartier, et il sera mis gratuitement à leur disposition, sur le vu d'un certificat de médecin, une voiture pour le transport.

C. *Mesures de désinfection.* — 1° Les matières rendues à la suite de quintes de toux, ou de vomissements, seront désinfectées à l'aide d'une solution contenant, par litre d'eau, 50 grammes de chlorure de zinc ou de sulfate de cuivre.

Les linges, vêtements, etc., souil

lés par le malade seront immédiatement lavés avec une de ces solutions, puis plongés dans l'eau maintenue bouillante pendant une heure au moins.

Les cuillers, tasses, verres, etc., ayant servi au malade devront, aussitôt après, être plongés dans l'eau bouillante.

2° Quelle que soit l'issue de la maladie, la désinfection de la chambre est indispensable. On fera des fumigations de la façon suivante :

Après avoir fermé toutes les ououvertures, on placera sur un lit de sable une terrine contenant des charbons ardents, sur lesquels on mettra une quantité de soufre concassé, proportionnelle à la capacité de la pièce (20 gr. par mètre cube).

La chambre restera close pendant vingt-quatre heures, puis sera largement aérée.

Les vêtements, linges, draps et couvertures, ayant servi au malade, seront désinfectés, avant d'être envoyés à la lessive, avec une des solutions indiquées précédemment.

Les matelas seront ouverts et laissés dans la chambre pendant la fumigation.

VARIÉTÉS

Société médico-pratique. — Ordre du jour de la séance du 27 avril :

1° M. Cyr, rapport sur les candidatures de MM. Desplats (de Lille), Poulet (de Plancher-les-Mines) et Blanquinque (de Laon), au titre de membre correspondant.

2° M. Latty, candidat au titre de membre associé, observation de syphilis pulmonaire héréditaire.

3° M. Marciguey, candidat au titre de membre associé, fracture du larynx, trachéotomie, guérison.

4° M. Boucheron, des cyclites rhumatismales légères.

5° M. Peyrot, observation de genu-valgum traité par l'opération de Macewen.

Les troubles de la Faculté de médecine de Montpellier. — Des troubles ont éclaté à la Faculté de médecine de Montpellier, les étudiants reprochant très vivement à M. Benoit, le doyen, d'avoir été officier de la Légion d'honneur, alors qu'il n'avait pas quitté Montpellier, tandis que M. le professeur Estor, qui était allé à Toulon, avec ses deux fils, n'obtenait qu'une médaille.

M. Benoit a donné sa démission de doyen et a demandé sa mise à la retraite comme professeur ; M. le professeur Grasset, premier assesseur, remplira les fonctions de doyen jusqu'à la nomination d'un nouveau titulaire. Les cours de la Faculté ont été suspendus.

A ce sujet, M. Mary-Durand raconte ceci dans le *Courrier Médical*:

« C'était, si nous ne nous trompons, en 1845 ou 1846. Une très grave épidémie de suette miliaire éclatait dans un chef-lieu de canton de l'arrondissement de Béziers. Le préfet de l'Hérault chargea le docteur Golfin, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, de se rendre sur les lieux et de faire prendre toutes les mesures propres à arrêter les progrès du fléau. M. Golfin ne se borna pas là, il donna tous ses soins aux malades et ne quitta le pays que quand l'épidémie était déjà à son déclin.

Quelques mois plus tard, M. le professeur Golfin fut prié par le préfet de se rendre auprès de lui.

— Monsieur le professeur, lui dit ce haut fonctionnaire en lui remettant une boîte, je suis heureux de vous donner, de la part du ministre, ce témoignage de satisfaction pour votre belle conduite pendant l'épidémie.

— Pardon, Monsieur le préfet, mais que renferme cette boîte.

— Une médaille d'or, Monsieur le professeur...

— Eh bien, Monsieur le préfet, je vous en remercie, vous pouvez la garder ; il n'entre chez moi que des médailles bénites, et c'est Monseigneur l'évêque qui les donne à ma femme.

Incontinent, il prit son chapeau, salua et sortit.

Trois semaines plus tard, M. le professeur Golfin, qui occupait sa chaire depuis plus de trente ans, était nommé chevalier de la Légion d'honneur.

A la place de M. Estor, j'aurais imité l'exemple de l'ancien collègue de son père.

Il est vrai que le doyen de la Faculté, qui n'a pas quitté Montpellier, où ne s'est pas produit un seul cas de choléra, a été nommé au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Cela nous rappelle encore qu'après la terrible épidémie de 1849, qui fut pour Toulon bien plus terrible encore que celle de l'année dernière, il ne fut accordé qu'une seule décoration au corps de santé de l'armée de terre... Ce fut le portier de l'hôpital qui l'obtint. »

REVUE DES SOCÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 avril 1885 — Présidence de M. Jules Bergeron.

Election. — M. Denucé est élu membre correspondant par 45 voix contre 17 données à M. Desgranges et 5 à M. Tholozan.

Les dispensaires pour enfants malades. — M. Foville, ayant été chargé par le ministre d'un rapport sur les dispensaires pour enfants, rend compte des visites qu'il a été amené à faire dans ce but dans les dispensaires et des résultats que ces établissements peuvent donner.

L'érysipèle et les pansements antiseptiques. — M. Hervieux dit que l'érysipèle n'est qu'une forme de la septicémie chirurgicale, c'est-à-dire que la septicémie et l'érysipèle peuvent réciproquement s'engendrer par contagion. Il ne s'agit pas ici des érysipèles simples, idiopathiques, qui n'ont aucune tendance à se généraliser ou à se développer par contagion, mais uniquement des formes plus graves que l'on peut rattacher à la septicémie chirurgicale. Or, la septicémie chirurgicale ne s'observe pas seulement dans les services de chirurgie, elle s'observe également chez les femmes en couches et chez les nouveaux-nés. C'est spécialement de la septicémie puerpérale que M. Hervieux entend parler. Il cite de nombreux faits montrant la septicémie engendrée par l'érysipèle, et l'érysipéle par la septicémie.

M. Trélat. Parmi les orateurs qui ont pris part à cette discussion, les uns ont rapproché dans leurs causes et dans leurs effets l'érysipèle et la septicémie, les autres ont nié cette identité. L'état actuel de la science permet de dire que ce point n'est pas encore établi.

Il y a dans la pratique des pansements antiseptiques deux grands procédés. L'un qui consiste à enlever par des lavages fréquents les matières qui pourraient causer la septicémie des plaies. D'autres, au contraire, font des pansements très rares pour mettre les matières nuisi-

bles en contact aussi prolongé que possible avec les substances antiseptiques.

Il est certain que ceux qui font des pansements rares voient beaucoup moins souvent l'érysipèle que ceux qui font des pansements répétés. Ce n'est pas que le changement de pansement trouble l'évolution normale de la surface traumatique, mais ces pansements renouvelés exposent davantage au contact des éléments contagieux. M. Trélat n'apporte pas de statistique, mais il a ce souvenir très précis que l'érysipèle a considérablement diminué dans sa pratique.

M. Trélat ne fait cependant aucun pansement particulier, mais il fait des pansements rares. Il cherche la réunion primitive ; lorsque celle-ci ne s'accomplit pas, M Trélat n'insiste pas sur le pansement rare, et il fait, au contraire, des lavages répétés. Les pansements rares s'opposent surtout aux érysipèles, tandis que les pansements répétés combattent mieux la septicémie.

Anévrysme artério-veineux. — Présentation de malade. — M. Th. Anger présente un malade qui, à la suite d'un coup de couteau dans la cuisse, vit se développer une tumeur anévrysmale. La compression digitale fut faite pendant trois heures. Les battements et le souffle disparurent immédiatement, mais au bout de dix jours la tumeur s'était reformée. Le membre avait acquis un volume considérable. L'anévrysme s'était rompu dans une veine et avait donné lieu à un anévrysme artério-veineux.

M. Th. Anger ouvrit largement le sac qui était rempli de caillots. La veine avait disparu, disséquée par le sang. M. Anger fit une ligature loin de l'orifice, parce que l'artère était dure et friable. Il plaça sur la veine quatre ligatures : deux en haut et deux en bas. Le malade a complètement guéri, il reste seulement une petite fistule.

Pendant toute la durée du traitement, le membre n'a subi aucune atteinte, ni rougeur, ni gonflement.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du 9 avril 1885. — Présidence de M. Pajot.

M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. Neugebauer fils qui demande à être nommé, ainsi que son père, membre correspondant étranger. Il envoie, à l'appui de leurs candidatures, des mémoires et des photographies.

M. Verrier, au nom de la commission nommée à cet effet, lit un rapport sur les candidatures au titre de membre correspondant national. Il passe successivement en revue les titres scientifiques des six candidats, MM. Eustache, Guichard, Martel, de St-Malo, Triaire, Bousquet et Roger, de Plougneau. La commission élimine ce dernier et propose l'admission des cinq autres candidats.

M. le Président, sur la demande de plusieurs membres, déclare qu'on ne donnera dans cette séance que 4 places. On procède au vote.

Nombre des votants : 17. Majorité : 9. Ont obtenu : MM. Triaire et Martel, 16 voix ; Guichard, 15 ; Bousquet, 14 ; Eustache, 5.

En conséquence, sont élus : MM. Triaire, Martel, Guichard et Bousquet.

M. Pajot demande à la Société de vouloir bien donner son avis sur une grave question d'obstétrique. Voici ce dont il s'agit : Il était consulté récemment par M. le Professeur Berne, de Lyon, pour le cas suivant : femme albuminurique, enceinte, ayant eu en 8 jours 4 attaques d'éclampsie, traitées par le chloral à la dose de 9 à 10 grammes ; pas d'accès depuis plusieurs jours. Faut-il provoquer l'accouchement prématuré ? Presque en même temps il recevait une lettre du professeur d'accouchement de Cuba, lui demandant si, dans les cas d'albuminurie

grave ne cédant pas au régime lacté, s'il y a urémie, on n'est pas autorisé à provoquer l'avortement.

A M. Berne, M. Pajot a répondu : Ne provoquez pas l'accouchement, attendez en surveillant de près la femme, et quand le travail commencera, terminez l'accouchement aussi vite que possible. Cette conduite, mise à exécution, a été suivie de succès. Lorsque une femme enceinte est albuminurique, faut-il provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré? Non, assurément.

L'albuminurie est rare dans les premiers mois de la grossesse. Si on compare le nombre des albuminuriques à celui des éclamptiques, voici ce que l'on constate : sur 20 albuminuriques non traitées, il y a 4 ou 5 éclamptiques; sur 20 albuminuriques ayant subi un traitement préventif, il y a aussi 4 ou 5 éclamptiques. En provoquant l'accouchement chez une albuminurique, on s'expose à faire apparaître l'éclampsie. Si, par le fait de l'éclampsie, le travail s'établit, il faut le laisser marcher, le favoriser même ; mais provoquer l'accouchement prématuré et surtout l'avortement lui paraît une pratique excessive et même dangereuse.

Quant au traitement préventif par le régime lacté, c'est une amère plaisanterie. En voici la preuve. M. Pajot s'est adressé aux médecins ayant des services d'enfants et leur a demandé à quel âge ils observaient surtout l'éclampsie. Ils ont répondu de 6 mois à un an. Or, que prennent les enfants de cet âge, si ce n'est du lait ? C'est là la condamnation la plus formelle du régime lacté ; la question est donc jugée.

M. Guéniot est de l'avis de M. Pajot ; beaucoup d'albuminuriques ne sont pas éclamptiques. Il rejette l'avortement provoqué, parce qu'il est disproportionné avec le danger couru par la femme. Le traitement de l'éclampsie, bien établi dès le début, donne un nombre considérable de succès. Voici en quoi il doit consister : si la femme est pléthorique, saignée déplétive, puis chloral à doses progressives et suffisantes pour donner le sommeil. L'estomac le supportant mal, il faut le donner en lavement. Souvent il est rejeté ; il faut alors avoir recours au chloroforme ou le donner à fond et plonger la femme dans le coma chloroformique. L'éclampsie s'annonce quelquefois par des prodromes caractéristiques. Il faut immédiatement établir le traitement. Quant à l'avortement provoqué et à l'accouchement prématuré, il les rejette complètement ; mais il croit à l'efficacité du régime lacté non sur l'éclampsie, mais sur l'albuminurie. Souvent, sous l'influence d'un régime lacté sévère, l'albuminurie disparaît ; la femme ne peut donc plus compter dans les 20 traitées, puisqu'elle n'est plus albuminurique. Mais si pour une cause quelconque le régime lacté ne réussit pas, elle peut compter parmi les 20 et faire partie des 4 éclamptiques.

M. Pajot fait remarquer que le nombre des cas d'éclampsie sans albuminurie augmente considérablement et qu'on ne sait quel rapport il y a entre l'albuminurie et l'éclampsie. M. Guéniot n'a pas répondu à l'argument tiré de l'éclampsie chez les enfants ; quant au traitement qu'il préconise, c'est le sien. Mais il tient à établir que sur 26 femmes ainsi traitées il y a eu 13 morts ; si on ne les traite pas, on arrive à un résultat identique.

M. Martineau dit que le régime lacté est le seul traitement qui agisse dans l'albuminurie ; il réussit toujours si les reins ne sont pas trop malades. Il est donc indiqué toutes les fois qu'on trouvera de l'albuminurie chez une femme enceinte ; car en faisant disparaître l'albuminurie la femme a beaucoup moins de chance d'avoir de l'éclampsie.

M. Charpentier est absolument de l'avis de M. Guéniot quant au traitement de la crise éclamptique ; mais il rejette complètement et l'avortement et l'accouchement prématuré. Pour ce qui est du traitement préventif, il trouve que M. Pajot va trop loin en le rejetant complètement ; car toutes les fois qu'il l'a employé, il a vu les accidents disparaître ; c'est là, peut-être, une série heureuse, mais elle l'encou-

rage à continuer. Quant à l'éclampsie des enfants, il est disposé à accepter l'opinion des spécialistes. Mais peut-on comparer les deux éclampsies ? Non, assurément. Il y a chez les femmes enceintes des modifications du sang qui n'existent pas chez les enfants ; et l'argument de M. Pajot n'est pas aussi valable, à cause des conditions différentes dans lesquelles se trouvent les femmes et les enfants.

M. Guéniot retient ce fait considérable que les enfants peuvent prendre de l'éclampsie. Mais dans ces cas, si le régime lacté auquel ils sont soumis n'agit pas, c'est que ces enfants ne sont pas albuminuriques. Or le régime lacté agit non pas sur l'éclampsie, mais bien sur l'albuminurie ; et ce n'est qu'indirectement, en guérissant l'albuminurie, qu'il rend beaucoup plus rare l'éclampsie. Il croit donc à l'efficacité du traitement préventif.

M. Doléris dit que l'éclampsie est la bouteille à l'encre ; avant d'instituer un traitement rationnel, il faudrait en bien connaître les causes. Étant à Cochin, et puis à la clinique, il a donné du chloroforme et il se demande si ce n'est pas là une mauvaise méthode, car M. Bouchard et depuis, M. Terrier, ont trouvé de l'albuminurie chez des sujets à qui on avait donné du chloroforme. Il se demande si, dans les cas d'albuminurie grave accompagnée d'accidents tels que vomissements incoercibles, congestion pulmonaire, il n'y aurait pas intérêt à provoquer l'accouchement.

M. Dumontpallier rappelle que Trousseau n'a jamais voulu faire de leçon sur l'albuminurie, parce qu'il ne savait pas ce qu'elle était ; lui non plus ne le sait pas. L'éclampsie des enfants est-elle identique à celle des femmes enceintes ? C'est peu probable, l'éclampsie des femmes enceintes n'est seulement pas toujours la même. Il croit à l'efficacité du chloroforme pendant les accès et cite un cas de guérison.

M. Martineau désire signaler à la Société un fait clinique intéressant et peu connu. Il est quelquefois difficile de dire si une vaginite est simple ou blennorrhagique; aujourd'hui, l'embaras n'existe plus, il suffit de tremper un papier de tournesol dans le liquide purulent qui s'écoule, le pus blennorhagique est toujours *acide*. C'est donc là un signe diagnostique excellent. Dans la vulvite simple, le pus est alcalin ; dans la vulvite blennorrhagique, acide. A-t-on affaire à une folliculite, pour en connaître la nature, il suffira de percer un petit follicule et de mettre le pus en contact avec du papier de tournesol. Ce signe a permis de reconnaître que la blennorrhagie utérine, contrairement à ce qu'on a dit, est excessivement rare. On retrouve ce même caractère du pus dans la blennorrhagie chez l'homme. Ce caractère peut avoir son importance en médecine légale ; il permettra, en effet, de reconnaître dans certains cas de viol que l'auteur de l'attentat était atteint de blennorrhagie, car alors la vulvite sera blennorrhagique et le pus en sera acide.

Dr Ad. Olivier.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS

Séance du lundi 9 mars 1885. — Présidence de M. Huchard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu, mis aux voix et adopté.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de canditature de MM. Gouguenheim, présenté par MM. Cyr et Huchard ; Yot, présenté par MM. Barette et Deniau, et Alf. Martin, présenté par MM. Huchard et Dehenne.

M. Rœser est chargé du rapport scientifique et M. Tripet du rapport moral sur ces trois candidatures.

La correspondance imprimée comprend : *Le Bulletin de clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts*; quatre numéros de la *Revue médicale francaise et étrangère* ; un numéro du *Bulletin médical du Nord*, et un ouvrage présenté par M. Reliquet intitulé : **Leçons sur les maladies des voies urinaires** (2e fascicule, *Stagnations d'urine*).

M. Reliquet, en présentant ce fascicule, dit que, pour lui, le mot *stagnation d'urine* exprime ce fait que les voies urinaires ne se vident pas à chaque miction ; qu'après l'acte d'uriner, il reste, dans un point des voies urinaires, une certaine quantité d'urine.

Les causes de la stagnation d'urine sont nombreuses, et chacune a sa façon de retenir l'urine dans les voies urinaires. C'est en étudiant le mode d'action de chacune de ces causes, et l'évolution des désordres organiques qui en résultent sur les voies urinaires et les voies génitales que M. Reliquet a fait la physiologie pathologique des stagnations d'urine, d'où découle immédiatement le traitement qui convient à chaque cas particulier.

C'est ainsi que M. Reliquet a pu déterminer les cas nombreux où toute stagnation cesse dès qu'on a enlevé la cause, et cela sans faire de cathétérisme évacuateur. De même, l'auteur a précisé les cas dans lesquels le cathétérisme évacuateur doit être fait en s'étendant longuement sur les précautions spéciales que réclame cette évacuation et en insistant sur les soins consécutifs spéciaux qui peuvent mettre à l'abri des accidents immédiats et des troubles consécutifs ultérieurs.

M. Bouloumié présente à la Société une brochure intitulée : **Les Eaux minérales aux expositions.**

M. Philbert donne lecture d'un rapport concluant à l'admission de M. Cesbron au titre de membre correspondant.

M. Eloy présente des rapports favorables sur les candidatures de MM. Cadet de Gassicourt, Descroizilles, Barié, P. Lucas-Championnière, Dauchez et Godleski.

M. Ed. Michel présente également des rapports favorables sur les candidatures de MM. Maygrier, Thuvien et Alex. Renault.

M. Barette présente, sur les candidatures de MM. Nivert, Cadier et Pennel, des rapports concluant à l'admission des candidats.

M. Schwartz présente, sur les candidatures de MM. Descroizilles et Barié, un rapport moral verbal favorable.

M. Philbert présente un rapport moral également favorable sur les candidatures de MM. Godleski et P. Lucas-Championnière.

M. Cyr, dans ses rapports verbaux sur les candidatures de MM. Cadet de Gassicourt, Pennel, Renault, Nivert, Cadier et Thuvien, conclut à l'admission.

Sur la proposition de M. le Président, le rapport de M. Ed. Michel, sur la candidature de M. Maygrier, est renvoyé au comité de publication

M. le Président communique à la Société une pétition signée

de cinq membres, à l'effet de reviser le réglement et d'y introduire les modifications suivantes : 1° nomination d'un 2e vice-président et d'un secrétaire général adjoint ; 2° la bi-mensualité des séances, et, comme conséquence, le dédoublement du jeton de présence.

Sur la proposition de M. le Président, la Société décide qu'il y aura une séance extraordinaire le 4e lundi de mars.

La parole est à M. Cyr, pour la lecture d'un rapport sur le prix annuel à décerner au meilleur ouvrage présenté.

Les résolutions arrêtées par la commission sont :

1° La fondation d'un prix dont la valeur sera décidée dans les paragraphes suivants. (Adopté.)

2° La commission propose de donner, deux années de suite, en 1886 et 1887, un prix de 600 francs. (Adopté.)

3° Les sujets seront laissés au choix des concurrents en limitant les travaux à la médecine, la chirurgie et l'obstétrique. (Adopté).

4° Les mémoires devront être écrits en français et présentés par un docteur ou un étudiant en médecine : les membres correspondants peuvent concourir.

M. Finot propose la rédaction suivante :

Sont admis à concourir : tous les mémoires manuscrits écrits en français, et inédits. Cette rédaction est adoptée.

5° Le concours serait ouvert dès maintenant et arrêté le 31 octobre de cette année. (Adopté.)

6° Les mémoires devront être sans signature, accompagnés d'une épigraphe et d'un pli cacheté. (Adopté).

7° Les mémoires ne seront pas *de droit* publiés dans le Bulletin de la Société. (Adopté).

L'ensemble du rapport est adopté.

A la suite du scrutin ouvert sur les candidatures rapportées. MM. Cadet de Gassicourt, Descroizilles, Barié, P. Lucas-Championnière, Dauchez, Godleski, Maygrier, Thuvien, Renault, Nivert, Cadier et Pennel sont nommés membres titulaires, et M. Cesbron, membre correspondant.

Sont nommés membres de la commission du règlement MM. Philbert, de Ranse, Eloy, Ed. Michel et Picard.

La séance est levée à 6 heures du soir.

Dr Tripet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 avril 1885.— Présidence de M. Delthil.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. M. le Secrétaire général procède au dépouillement de la correspondance qui comprend, avec les publications périodiques ordinaires :

Une lettre de remerciements de M. Duboys de la Vigerie ; de M. le ministre de l'Instruction publique un rapport intitulé :

Comité des Travaux historiques et Scientifiques. Liste des membres titulaires, etc.

Le 1[er] numéro du journal : *Les nouveaux Remèdes.*

Une lettre de M. Danet, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Président présente à la Société, de la part de M. Monin, deux brochures, la première intitulée : *Traitement du diabète*; la seconde : *Essai sur les odeurs du corps humain.* Ce dernier travail a été couronné par la Société de Médecine Pratique (Prix biennal 1885).

Des remerciments sont adressés à M. Monin.

M. Gillet de Grandmont offre, de la part de M. Goyard, un volume ayant pour titre : *Le Plan de Paris — considérations d'hygiène et d'économie sociale sur la transformation graduelle de Paris.*

M. Duchesne présente, de la part de M. le D[r] David, une brochure sur l'*anesthésie et les dentistes*, et de la part de M. Huchard, à qui l'on doit de nombreuses et intéressantes communications sur ce sujet, une *étude thérapeutique sur l'antipyrine.*

M. Guillon rappelle les présentations faites à ce sujet à la Société du VIII[e] arrondissement. Il pense que les petites doses d'antipyrine produisent d'aussi bons résultats que les doses massives.

M. Duchesne ne conteste pas l'antériorité des observations que mentionne M. Guillon. Toutefois, et puisque la discussion s'est élevée à propos de l'antipiryne, il déclare ne pas admettre la méthode sous-cutanée préconisée par M. Roussel et qui est douloureuse et infidèle.

M. Brochin, avec 3 grammes d'antipyrine donnés en trois fois, à une heure d'intervalle, n'a pas observé de sueurs, mais de la prostration. Avec 1 gramme administré à des typhiques, il a constaté un abaissement notable de température ; même chez des phthisiques, cette dose n'a pas produit de sueurs. Les résultats qu'il a obtenus chez deux enfants, l'un âgé de 5 ans atteint de fièvre gastrique ; l'autre âgé de 3 ans et affecté d'une bronchite grave, sont beaucoup plus encourageants. Pendant 2 jours, dans le premier cas, trois jours dans le se-

cond, il a administré 0,50 centigrammes d'antipyrine dans les 24 heures et n'a eu qu'à se louer de l'effet produit.

M. Larrivé a toujours vu des sueurs abondantes se produire sous l'influence de doses faibles d'antipyrine. Il a constaté également que cette substance donnait facilement lieu à des vomissements chez les malades ayant des affections gastriques ou intestinales.

M. Delthil a constamment observé des sudations abondantes après l'absorption de l'antipyrine. Chez les typhiques, ce médicament produit une augmentation de la stupeur typhoïde.

M. Duchesne donne communication, au nom de M. David, d'un mémoire sur **l'herpès traumatique consécutif aux affections et aux opérations de l'appareil dentaire.**

Sur la proposition de M. Duchesne, une commission composée de MM. Duchesne, Guillon, Grenet, rapporteur, est nommée pour étudier les titres des candidats aux places vacantes de membres titulaires.

M. Champigny donne lecture d'une **étude critique et comparative du nouveau Codex avec le Codex de 1866.**

M. Michel demande que ce travail soit renvoyé au comité de publication.

M. le président. —Le travail de M. Champigny sera envoyé au comité de publication.

M. Michel présente un nouvel irrigateur uniquement composé d'un tube et de deux poires en caoutchouc munies de soupapes et d'un robinet qui rendent cet appareil portatif et lui assurent l'avantage de ne se déranger jamais.

La séance est levée à 5 h. 1/2.



Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

188.— Clientèle médicale à céder immédiatement, dans une station thermale importante. — S'adresser aux bureaux de l'*Union Médicale* 11, rue Grange-Batelière, Paris.

187 — Un jeune docteur prendrait un poste médical, mais avec un certain rapport annuel assuré. — S'adresser à M. E. Bruyère, 9, Allées Damour à Bordeaux (Gironde).

186 — Clientèle médicale à céder *de suite*. Produit 7.000 fr. susceptible d'augmentation. Pas de pharmacien. Peut se faire sans cheval. Résidence charmante sur les bords de la Seine, à 2 kilom. d'une station de chemin de fer à 3 heures de Paris. — s'adresser au bureau du journal.

185.— Clinique et clientèle ophthalmologique à céder dans une grande ville de province au centre de la France. Bonnes conditions; — s'adresser au Dr Onimus, 7, place de la Madeleine, Paris.

184. — A céder à Paris, dans un quartier populeux, clientèle médicale d'un produit de 12 à 15.000 fr. Prix : 5.000 fr. — *s'adresser* au bureau du journal.

183. — Position à prendre. — On demande un médecin pour la commune de Baugy (Cher). 1.600 habitants. Le canton à 13.000 habitants. — *Grand avenir*. — S'adresser à M. Nourisset, propriétaire à Baugy (Cher).

226. — A céder bonne et ancienne clientèle en pleine activité, à 4 kilomètres d'un important chef-lieu de canton, dans la Charente-Inf. ; — s'adresser au bureau du journal.

220. — Clientèle à céder pour cause de maladie dans une ville de l'Eure. Rapport de 10 à 14.000 fr. ; — s'adresser au bureau du journal.

182. — A céder clientèle médicale à Paris, quartier populeux. Recettes minimum 12.000 fr. Continuation de bail; — s'adresser 115, rue du Château, Paris.

181.— Bon poste médical à prendre dans un chef-lieu de canton de la Nièvre, sur une ligne de chemin de fer. Pas de pharmacien; — s'adresser au bureau du jounal.

180.— Très bon poste médical à prendre de suite dans le Puy-de-Dôme, d'un rapport annuel de 6 à 7,000 fr. environ; — s'adresser pour renseignements à M. le maire de Mauzun, par Billom.

179.— Un confrère, ancien médecin militaire, désirerait un poste auquel seraient attachés quelques émoluments fixes ; — s'adresser au bureau du journal.

178. — A céder à 1 heure 1/2 de Paris, bonne clientèle médicale. Pas de concurrents, pas de pharmacien. Recette de l'année dernière: 7,800. Conditions très avantageuses ; — s'adresser au bureau du journal.

177.— La commune de Becon (Maine-et-Loire), bourg de 2 000 habitants, demande un docteur en médecine. La clientèle peut s'étendre à 6 communes voisines à populations denses dont Bécon est le centre. Pas de docteur dans le canton ; — s'adresser au maire de Bécon.

176.— A céder de suite à Olonzac (Hérault), excellente et riche clientèle médicale d'un rapport de 15 à 17,000 francs ; — s'adresser au Dr Rouquette, à Olonzac.

175.— Un pharmacien, marié, sans enfants désire trouver une gérance ou une occupation quelconque se rattachant à sa profession.

173. — On demande un médecin pour une localité d'un département de la zone parisienne; — s'adresser au Dr Paillot, à Noyers-sur-Sereins)Yonne).

172. — A céder, pour cause de santé, Herblay (Seine-et-Oise), une excellente situation médicale ; — s'adresser à M. Lemaire, médecin à Herblay où à M. Preud'homme, pharmacien, 29, rue St-Denis, Paris.

171. — On demande un jeune Docteur à St-Julien-du-Sault (Yonne), chef-lieu de canton, à 132 kil. de Paris. Station du chemin de fer P.-L.-M. Clientèle à prendre de suite et gratuitement ; — s'adresser au maire de St-Julien-du-Sault.

170. — Un Docteur de la Faculté de Paris, licencié ès sciences naturelles, âgé de 30 ans, ayant exercé la médecine pendant trois ans, désire faire des remplacements ; — s'adresser au bureau du journal.

169. — A prendre gratuitement, à Thiron, poste médical. Installation agréable. Hôpital en construction. 9000 fr. touchés en 15 mois, plus un fixe de 1000 fr.; — s'adresser au Dr Lefebvre, à Thiron (Eure-et-Loir).

168. — Excellent poste médical à prendre de suite à Fervaques (Calvados) ; — s'adresser au maire.

167. — Un jeune docteur, forcé par des raisons de famille de quitter Paris, désire céder sa situation médicale déjà bonne; — s'adresser à M. Tabourel, 19, rue Gosselin, Paris.

166. — A céder de suite pour cause de maladie, clientèle d'un produit de 17 à 20,000 fr. touchés, située dans un pays riche à 3 heures de Paris. Conditions très avantageuses ; — s'adresser au bureau du journal.

165. — Excellent poste médical à prendre de suite au Buis-les-Baronnies (Drôme) ; — s'adresser au maire.

164 — A céder de suite, à Paris, clientèle médicale et mobilier, ensemble ou séparément ; — s'adresser à M. Cousin, 89, rue de Grenelle-Saint-Germain.

162. — Bonne clientèle médicale à prendre de suite à Mourmelon-le-Grand (Marne). La commune accorde une subvention annuelle 1.500 fr. ; — s'adresser au maire.

161. — Excellent poste médical pour un jeune docteur est vacant dans une des principales villes de la Corrèze ; — s'adresser au maire de Bort.

160. — Pour cause de départ, excellent poste médical à céder dans les Basses-Pyrénées. Situation balnéaire très fréquentée. *Saison d'été* et *saison d'hiver*. Rapport assuré 10.000 fr., fixe 2.500 fr.; — s'adresser au bureau du journal.

159. — Clientèle médicale à céder à des conditions très avantageuses, dans une des plus riches communes d'Indre-et-Loire ; — s'adresse au bureau du journal.

Voir la suite des vacances médicales, p. 688

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

REVUE PROFESSIONNELLE.

EXERCICE DE LA PROFESSION DE DENTISTE. — PROJET DE RÉGLEMENTATION PRÉSENTÉ AU COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE,

Par M. le Dr Gallard, rapporteur.

Le Comité a été saisi de la question de la pratique de l'art dentaire, par une lettre de M. le Ministre du commerce, en date du 6 decembre 1884, dans laquelle il est dit :

« Monsieur le Président, un événement récent a appelé de nouveau l'attention de l'administration sur l'utilité qu'il y aurait à exiger des personnes qui exercent la profession de dentiste des connaissances médicales et chirurgicales.

Des arrêts de la Cour de cassation, des 23 février 1827 et 15 maî 1846,

FEUILLETON

UN BANQUET ET UN ENTERREMENT.

Vendredi dernier, une fête intime réunissait au café Riche les amis et élèves du professeur Brouardel pour célébrer sa promotion au grade de Commandeur de la Légion d'honneur. Bien que l'assistance fût très nombreuse, nous savons que quantité de personnes — et parmi elles beaucoup de notabilités et d'amis — avaient été privées du plaisir de venir offrir leur témoignage de sympathie à l'éminent professeur. Il est certain qu'on aurait aisément réuni une assistance trois et quatre fois plus considérable si on n'avait limité le nombre des participants : la fête eût été peut-être plus imposante comme manifestation, mais elle aurait moins présenté ce caractère d'intimité auquel tenait par-dessus tout M. Brouardel.

Au dessert, la série des toasts a commencé par un discours de M. Girard (de Grenoble) qui a été le premier interne de M. Brouardel et qui à ce titre présidait le banquet. Ce speech, dans lequel le professeur de clinique de Grenoble a esquissé à grands traits la brillante carrière parcourue par notre savant maître, a

ont, il est vrai, déclaré que la loi du 19 ventôse an XI n'était pas applicable aux personnes qui se livreraient à cette profession ; mais certains pays étrangers, la Hollande notamment, en ont assujetti l'exercice à l'obtention d'un diplôme spécial et il y aurait lieu d'examiner si la même condition ne devrait pas être imposée en France, ainsi que cela a d'ailleurs été déjà demandé.

Je vous prie d'inviter le Comité consultatif d'hygiène publique de France à délibérer à ce sujet et je vous serai obligé de me transmettre la délibération qu'il aura prise.

Recevez, Monsieur le Président, etc.

Cette première dépêche a été suivie de deux autres, datées des 12 et 15 du même mois, qui accompagnaient l'envoi de documents nouveaux consistant en une lettre de M. le Dr Darin relative aux dangers qui peuvent résulter de l'emploi du protoxyde d'azote comme anesthésique, et en une pétition de la société odontologique de France, réclamant une réglementation de la pratique de l'art dentaire.

Ce qui domine dans les préoccupations du gouvernement qui nous consulte, c'est avant tout le danger auquel expose l'emploi des anesthésiques, quand il est fait par des mains inhabiles ; mais à côté de ce danger il a vu aussi celui qui résulte de la liberté illimitée laissée aux dentistes pour l'exercice de leur profession et il nous demande les moyens d'atténuer les effets fâcheux de cette liberté par une réglementation convenable.

Avant de chercher sur quelles bases on pourrait instituer une régle-

---

été fréquemment interrompu par les applaudissements, fort mérités d'ailleurs, car il était impossible de louer avec plus de tact et de simplicité. M. Brouardel ne pouvait souhaiter d'être mieux loué selon son goût.

Après M. Girard, MM. Motet, Cornil et Léon Labbé ont successivement porté un toast à titre de condisciples. La petite improvisation de M. Labbé a été particulièrement goûtée : il a trouvé dans les souvenirs d'externat et d'internat qu'il a évoqués la note gaie et légèrement attendrie qui, partie du plus profond du cœur, trouve partout un écho. M. Labbé, qui est pourtant assez familier avec le succès, a paru l'autre soir un peu étonné de celui qu'on lui a fait... : il a tout simplement justifié, dans la circonstance, le mot de Quintilien : « *Pectus est quod disertos facit.* »

M. Descouts a porté le toast de la médecine légale, et il a eu parfaitement raison de louer dans le professeur actuel de médecine légale la haute intégrité et l'indépendance absolue qui en font le modèle des légistes. Enfin, sauf oubli, M. Gilles de la Tourette, a pris la parole au nom des élèves, et il l'a fait

mentation, il importe d'établir quelle est la législation qui régit actuellement l'exercice de l'art dentaire.

Après la promulgation de la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) on avait généralement pensé que les dentistes etaient soumis aux mêmes obligations que les autres personnes qui se livrent à la pratique d'une branche quelconque de l'art de guérir. Mais on n'a pas tardé à s'apercevoir qu'il y a deux parties absolument distinctes dans cette profession, et que, si l'une qui consiste dans les soins à donner aux maladies de la bouche et des dents et dans les opérations qu'elles nécessitent, est essentiellement du domaine de la médecine, l'autre, consistant dans la préparation et la pose des appareils prothétiques, est purement mécanique et peut n'avoir rien à voir avec la pratique de l'art de guérir, réglée par la loi de ventôse. C'est ainsi que paraît l'avoir compris la Cour de cassation, lorsque dans ses deux arrêts de 1827 et de 1846, elle a proclamé la liberté de la profession de dentiste. Mais ce qu'il y a de fâcheux dans cette jurisprudence, c'est qu'elle a eu pour résultat de faire ranger dans la partie mécanique de l'art dentaire, l'extraction des dents, qui est un acte véritablement chirurgical.

A la lecture des arrêts dont il vient d'être parlé, reconnaît que la Cour suprême a eu surtout en vue de maintenir la liberté des professions proclamée par le décret de mai 1791, et que, ne trouvant rien dans la loi de ventôse qui visât l'ancienne corporation des experts dentistes, instituée par l'édit de 1768, elle l'a considérée comme supprimée ; ce qui, suivant elle, devait rendre à la liberté l'exercice de cette profession,

---

avec un entrain et une exubérance qui ont pu paraître un peu excessifs à quelques personnes de sens rassis, mais qui témoignaient seulement de la sincérité et de la chaleur de ses sentiments.

La réponse de M. Brouardel à tous ces toasts a été ce qu'on pouvait l'attendre de lui, simple et émue, respirant la modestie et la reconnaissance.

Après le dîner, les conversations par groupes, les anecdotes, les historiettes de concours, etc., tout cela a donné une grande animation à la soirée qui s'est prolongée assez tard et dont chacun a emporté le meilleur souvenir.

— Ces jours derniers est mort un confrère dont la popularité avait été grande au Quartier Latin et qui pendant une trentaine d'années a infusé l'anatomie dans les veines des étudiants les plus réfractaires à cette science. Le Dr Dupré était professeur *libre* d'anatomie, et pas mal libre en effet.

Qui ne se rappelle sa figure rubiconde, son crâne orné de quelques longs cheveux, sa bedaine assez pansue, et son langage familier, débraillé même, et redondant, poncif ?... La

protégée jadis par l'édit en question et soumise à des conditions d'examen qui ne pouvaient plus être exigées.

Ce qu'il y a de très remarquable au point de vue de la signification de ces arrêts, c'est que, dans chacune des deux espèces soumises à l'appréciation de la cour, les dentistes, poursuivis pour exercice illégal de la médecine, se sont énergiquement défendus de s'être livrés à aucun acte véritablement médical. Le fait est constaté formellement dans le texte même de l'arrêt de 1827 où il est dit :

« La cour de Limoges, après avoir constaté, en fait, que la dame Delpeuch exerçait exclusivement la profession de dentiste, qu'elle ne prenait que cette qualité sur ses billets ou adresses et même *qu'elle déclarait formellement qu'elle ne se livrait à l'exercice ni de la médecine ni de la chirurgie*, a pu, sans violer les lois, déclarer qu'elle n'était passible d'aucune peine, pour n'être munie d'aucun diplôme, certificat ou lettre de réception. »

Dans le second arrêt du 15 mai 1846, on ne retrouve pas une mention semblable, mais elle a été faite au cours des débats par le défenseur de l'inculpé, Me Crémieux, qui dans sa plaidoirie devant la Cour de Paris a dit : « M. Rogers ne prétend pas nier l'existence des maladies des dents et des gencives. Il a écrit lui-même un ouvrage sur ces maladies ; mais il vous dit que pour ces maladies il a auprès de lui un médecin de la Faculté, M. Tétard, qui est toujours présent et qui est spécialement chargé de tout ce qui touche aux maladies de la bouche et que quant à lui il ne s'occupe que de la fabrication et de la pose des dents ou rateliers. »

---

célèbre toile de Béraud, *A la Salle Graffard*, donne assez bien l'idée de ce qu'était un cours de Dupré à l'Ecole pratique, il y a une vingtaine d'années : c'était aussi pittoresque, sauf que ça manquait de femmes... les étudiantes qui étudient n'étaient pas encore inventées.

Le père Dupré était un de ces types comme Murger, Privat d'Anglemont ou Philibert Audebrand en ont décrit, plus pittoresque même que la plupart d'entre eux, un type que ne connaît plus la génération actuelle et comme on n'en verra vraisemblablement plus. A ce bohème, à ce Schaunard de l'Ecole pratique, il fallait un cadre comme celui de ces vieux amphithéâtres et de ces infectes salles de dissection : dans un pareil milieu, on trouvait tout naturel qu'au cours d'une leçon, et entre deux prises de tabac, le père Dupré tirât d'une des poches de sa redingote ou même d'une poche de son pantalon, quelque préparation anatomique précieusement conservée dans son vaste foulard rouge et qu'il faisait circuler de main en main en recommandant que personne ne s'avisât de la glisser dans sa manche.

Il paraissait du reste être si peu dans l'esprit de la Cour de cassati on de généraliser la liberté qu'elle donnait à la profession de dentiste et de l'étendre à toutes les pratiques de la médecine et de la chirurgie appliquées aux maladies des dents et de la bouche, que la Cour d'Amiens, devant laquelle elle a renvoyé l'affaire, pour application de la loi dont elle avait interprété le sens, a rendu un arrêt dans lequel elle entreprend de tracer les limites que cette liberté ne devrait pas dépasser.

ARRÊT RENDU PAR LA COUR ROYALE D'AMIENS.

« La Cour, attendu qu'en matière criminelle, c'est un principe rigoureux qu'aucune condamnation ne peut être prononcée, ni aucune peine infligée si elle ne s'appuie sur un texte précis de loi ;

Attendu que la loi du 19 ventôse an XI, relative à l'exercice de la médecine, passe sous silence la profession de dentiste ; que ce silence est d'autant plus remarquable que le législateur de l'an XI, qui voulait pourvoir aux dangers qu'avait produits le décret du 17 mai 1791, en proclamant la liberté de l'exercice des professions, arts et métiers, n'ignorait pas que l'édit du mois de mai 1768 avait fait aux dentistes une position particulière, sous le titre exclusif d'experts-dentistes, et que cet édit lui-même, malgré ses faciles prescriptions, avait fait place au décret du 17 mai 1791 ;

Attendu que, s'il est théoriquement vrai que l'art du dentiste, considéré *in extenso*, soit à l'égard de l'art de guérir ce que la partie est au tout, il est également vrai que la profession de dentiste *peut se conce-*

Chansonnier, bandagiste, professeur de déclamation et surtout professeur d'anatomie appliquée... aux examens, Dupré était tout cela, et tout cela il le faisait *de chic*, avec une maestria exubérante.

Depuis quelques années, Dupré avait cessé son enseignement ; mais, pareil à ces vieux comédiens qui ne peuvent pas arriver à oublier les planches, il avait la nostalgie des *sujets* ; les préparations anatomiques lui manquaient. Quand il dépliait son foulard légendaire, il était étonné de n'y plus trouver quelque vieux viscère verdâtre : aussi venait-il de temps à autre à l'Amphithéâtre se repaître de la vue et de l'odeur des cadavres... Si, par aventure, il va en Paradis, il est fort à craindre que cet incorrigible bohème ne s'y ennuie terriblement, et qu'il dise un jour à saint Pierre, en lui offrant une prise : Ah çà, qu'est-ce qui m'a f... dans un pays comme ça où il n'y a pas le plus petit morceau de charogne à se mettre sous le scalpel !

voir restreinte à des actes matériels, tels que l'extraction des dents, la fabrication et la pose des dents artificielles ;

Que de fait, cette profession, ainsi restreinte, est exercée depuis longues années par une foule d'individus non pourvus de diplômes, sans autre qualité médicale recherchée que la hardiesse et la facilité de la main qu'on emploie ;

Attendu que rien dans la cause n'établit que William Rogers ait, dans la profession de dentiste qu'il exerce, fait autre chose que d'extraire et limer les dents, fabriquer et poser les dents artificielles ;

Infirme. »

En présence d'un texte aussi précis, qui restreint la liberté de la pratique de l'art dentaire *aux seuls actes matériels de l'extraction des dents, de la fabrication et de la pose des dents artificielles*, votre rapporteur avait pensé que l'état actuel de la législation et de la jurisprudence pouvait permettre facilement à l'autorité de réprimer l'abus qui a été fait de la liberté laissée aux dentistes, et d'empêcher ceux qui n'ont pas le droit d'exercer la médecine de se livrer, comme il le font journellement à toutes les pratiques médicales et chirurgicales que nécessite le traitement des maladies de la bouche et des dents.

Tel n'a pas été l'avis de la Commission qui, voyant la jurisprudence consacrer à la fois la liberté de l'extraction des dents et celle de la pose des appareils artificiels, a considéré qu'il devait en découler tout naturellement, comme cela a eu lieu de fait, le droit de préparer la bouche à recevoir ces appareils, tant en pratiquant des opérations accessoires ou préliminaires telles que incisions des gencives, ouvertures d'abcès, ruginations de portions d'os, cautérisations, etc., qu'en administrant les médicaments nécessaires pour combattre les divers états pathologiques qui peuvent empêcher ou seulement gêner la pose des appareils. Du moment où toutes ces pratiques se trouvent être abandonnées au bon plaisir des dentistes, ignorants des choses de la médecine, auxquels on laisse le droit d'extraire librement les dents — ce qui constitue souvent une opération chirurgicale d'une extrême gravité — il est certain que la santé publique n'est plus suffisamment protégée et qu'une branche importante de l'art de guérir peut être exercée impunément, au mépris des prescriptions de la loi de l'an XI, par des individus non munis d'un diplôme régulier. La santé publique est d'autant moins protégée que ceux qui exercent la profession de dentiste se trouvent, par le fait, autorisés à manier les caustiques les plus énergiques et les poisons les plus dangereux, pour le pansement des dents malades, dont il n'y a pas lieu de pratiquer l'extraction. — C'est ainsi qu'on les voit employer journellement, l'acide chromique, la teinture d'iode, le chlorure de zinc, l'arsenic, la morphine et le chlorure de mercure ou sublimé corrosif, etc.

(*A suivre.*)



REVUE CLINIQUE

DE L'EMPLOI DE L'EAU CHAUDE PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.— DE L'ANALGÉSIE DES VOIES GÉNITALES OBTENUE PAR L'APPLICATION LOCALE DE LA COCAINE PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT.

Depuis quelque temps déjà, il est d'usage à la Maternité et dans la plupart des services des accoucheurs des hôpitaux, de donner à la parturiente, sitôt la délivrance, soit une injection intra-utérine, soit une injection vaginale d'eau très chaude antiseptique. Sous son influence, l'utérus se contracte bien et on a remarqué que depuis qu'on pratiquait ces injections, les hémorrhagies post partum devenaient extrêmement rares. M. Pinard, frappé de cette grande influence de l'eau chaude sur la contractilité utérine, a entrepris une série de recherches concernant l'action de l'eau chaude sur l'utérus pendant la gestation et pendant le travail de l'accouchement. M. Auvard vient d'en publier les résultats dans le *Bulletin de thérapeutique* (n° du 15 mars).

Il y a quelques années on se servait beaucoup de la méthode de Kiwish, pour provoquer l'accouchement. Cette méthode consiste, on le sait, à donner à la femme des douches vaginales chaudes de 30° à 45° répétées d'abord 3 fois par jour, puis beaucoup plus fréquemment. Comment agissaient ces douches ? Était-ce la température de l'eau ou bien la percussion du jet sur le col, le traumatisme en un mot, qui déterminait l'apparition des contractions utérines ?

M. Pinard démontre très nettement que la température de l'eau n'y est pour rien. En effet, M. Auvard rapporte l'observation d'une femme dont le bassin était légèrement rétréci et que M. Pinard voulut faire accoucher prématurément. Il lui fit administrer pendant trois jours et deux nuits une injection vaginale d'un litre de liqueur antiseptique dédoublée à la température de 48° toutes les 6 heures.

La solution qu'emploie M. Pinard est la suivante :

Bi-iodure de mercure......	0,5c
Iodure de potassium........	0,5c
Eau...........................	1000 »

Au bout de soixante heures, les contractions utérines ne s'étaient pas montrées et le col était resté fermé. Seulement, point extrêmement important, les injections avaient été faites très doucement, le liquide allant simplement baigner le col sans le heurter.

Ce n'est pas là un cas unique, M. Pinard en possède d'autres ; mais il faut bien savoir que, pour que les choses se passent ainsi, il est de toute nécessité que le travail ne soit pas commencé ; nous verrons plus loin pourquoi.

Il est, par conséquent, probable que les succès obtenus au moyen de la méthode de Kiwish étaient dus à l'action de la percussion sur le col utérin où elle déterminait un traumatisme. C'est donc avec raison qu'on l'a abandonnée presque complètement aujourd'hui.

Il semble démontré que l'eau chaude n'a aucune action sur la contractilité utérine tant que le travail n'est pas commencé. Les médecins peuvent donc prescrire à leurs clientes des lavages vaginaux pendant la grossesse sans crainte d'amener l'expulsion prématurée du fœtus.

Mais si l'eau chaude n'a aucune action sur l'utérus au repos, il n'en est plus de même lorsqu'il est éveillé et qu'il se contracte. M. Pinard fait donner une injection de la liqueur antiseptique dédoublée toutes les demi-heures, pendant le travail, à la température de 48° et à la dose d'un litre. M. Auvard a parcouru un certain nombre d'observations et il a vu que chez les primipares à terme, la durée de la période de dilatation a varié entre 3 et 5 heures.

Pour qui sait avec quelle lenteur désespérante s'effectue souvent cette période, c'est là un résultat merveilleux. Sous l'influence de l'eau chaude les contractions deviennent plus fortes, plus énergiques, mais n'augmentent pas de fréquence. Pendant la période d'expulsion on n'a pas donné d'injection, il est probable qu'à ce moment l'action serait beaucoup moins marquée, le col devenant de plus en plus inaccessible au liquide injecté à mesure que la partie fœtale descend. Mais l'action thermocystaltique continue à se faire sentir pendant cette période et nous en avons la preuve dans ce fait qu'on a observé plusieurs fois, à savoir : l'expulsion spontanée et rapide du placenta après l'expulsion du fœtus.

En somme, les résultats obtenus peuvent se résumer ainsi : 1° Pendant la grossesse, avant tout début de travail ; les injections à 48° données doucement ne provoquent pas les contractions utérines ; 2° pendant le travail elles activent d'une façon notable la dilatation de l'orifice utérin, abrègent non seulement la période de dilatation la plus longue et la plus pénible pour la femme, mais aussi la période d'expulsion et celle de la délivrance.

La cocaïne est un des alcaloïdes extraits de la feuille de l'érythroxylon Coca. Découvert par Niemann, ses propriétés physiologiques ont été bien étudiées par Cazeau et Percy, qui ont surtout fait ressortir son action anesthésique. Cet alcaloïde a jusqu'ici été

surtout employé par lés occulistes et les laryngologistes. Depuis quelque temps on a cherché à l'appliquer à l'obstétrique et de tous côtés on l'étudie. M. Doléris, un des premiers, l'a essayé sur un certain nombre de femmes et a consigné les résultats obtenus dans un pli cacheté déposé à l'Académie de Médecine. Depuis cette époque il a fait de nouveaux essais et nous donne aujourd'hui dans les *Archives de tocologie* (n° de février 1885) le résumé de ses expériences.

Les expériences ont porté sur huit femmes. M. Doléris s'est servi d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4/100 et de pommade à l'axonge au même titre. Dans six cas les résultats ont été très nets. Il a constaté que des primipares, chez lesquelles la dilatation du col déterminait des souffrances considérables, à ce point que la femme poussait des cris continuels au moment des contractions, ont été subitement calmées après une ou deux minutes de badigeonnage du col avec la cocaïne.

Chez d'autres arrivées à la période d'expulsion, la souffrance a été diminuée au point que, selon leur dire, elles ne souffraient plus que dans le bas-ventre et ne redoutaient plus de pousser à la volonté de celui qui les assistait. Le résultat a surtout été évident à la dernière phase du travail. Dans deux cas l'effet a été à peu près négatif; mais cela tenait probablement à ce que chez elles on avait fait préalablement des injections vaginales avec une solution de sublimé corrosif à 1 pour 1000 ou 2000. Le sublimé, on le sait, décompose les alcaloïdes. Dans les six cas où la cocaïne a agi, la marche régulière de l'accouchement n'a jamais été retardée, la sensibilité générale seule a été obnubilée et la sensibilité réflexe a paru persister intégralement. Les contractions utérines ont subi l'accroissement habituel en intensité, en durée et en fréquence. Depuis le moment où ces premières expériences ont été faites, M. Doléris en a institué de nouvelles qui ont confirmé les premiers résultats.

Les femmes ont constamment accusé une diminution étonnante ou la cessation complète des impressions douloureuses ressenties, dont elles rapportent d'ordinaire le siège au bassin ou aux parties génitales. Beaucoup d'entre elles n'éprouvaient plus que des sensations vagues dans le bas-ventre et continuaient d'accuser des douleurs dans les reins ; toutefois, le changement opéré par le médicament est vraiment singulier et surprenant. Quant à la période d'expulsion, on peut dire qu'elle est à peu près indolore et ce résultat tend à se confirmer de plus en plus. M. Doléris a remarqué aussi chez ces primipares que l'expulsion est très rapide et cela tient probablement à l'insensibilité, car la parturiente se débarrasse d'au-

tant plus vite et d'autant plus volontiers par des efforts volontaires qu'elle ne ressent pas le contre-coup douloureux de ces efforts.

Les résultats obtenus d'une part par M. Pinard, au moyen de l'eau chaude et, d'autre part, ceux obtenus par la cocaïne, permettent d'espérer que d'ici peu les femmes accoucheront vite et sans grande douleur. Peut-être pourra-t-on, en employant simultanément les deux agents, arriver à un résultat aussi désirable.

Dr Ad. OLIVIER.

DES ADHÉRENCES DE L'INTESTIN DANS LES HERNIES

Par le Dr BARETTE, prosecteur des hôpitaux.

(*Suite. — Voir le numéro* 17 *du* 26 *avril* 1885.)

Un an plus tard, en 1883, au XIIe Congrès des chirurgiens allemands, Riedel présenta un fait encore plus hardi. Il avait réduit par le taxis une hernie étranglée ; les signes d'obstruction persistant, il pratique la kélotomie. Il trouve un intestin deux fois replié sur lui-même et dont les replis sont soudés par leur concavité de telle sorte que la lumière du canal est complètement oblitérée. Que faire ? Disséquer les adhérences... Mais, le tissu cicatriciel se rétractera et les phénomènes d'obstruction se reproduiront. Riedel n'hésite pas, il résèque toute la partie contournée, adhérente et déformée de l'intestin, puis pratique la suture circulaire, réduit le tout, et la guérison se fait admirablement.

La déchirure de l'intestin n'est pas le seul accident de la dissection des adhérences herniaires ; il n'est pas rare que des adhérences récentes et vasculaires donnent lieu à une hémorrhagie assez tenace. Il ne faudra pas réduire l'intestin avant d'avoir arrêté l'effusion du sang. Quelquefois une compression de quelques instants suffira ; d'autres fois, il sera besoin de moyens plus énergiques. Dans un cas M. Trélat arrête le sang au moyen d'une application ponctuée de perchlorure de fer avec le bout d'une allumette. Broca fut obligé de toucher les points saignants avec un stylet rougi au feu.

Nous avons réuni 27 cas de hernies étranglées compliquées d'adhérences ; nous avons classé ces faits suivant les diverses méthodes thérapeutiques que l'on a employées ; nous comparerons ensuite les résultats de ces procédés.

Cinq méthodes ont, en somme, été employées ; nous allons répartir tous les faits en cinq groupes correspondants en citant le nom de leurs auteurs.

A. — Abandon de l'intestin dans la plaie, ou réduction partielle en respectant les adhérences :

1° J.-L. Petit. Réduction partielle. Guérison.
2° Arnaud. Pas de réduction, mort par perforation.
3° Meyer. Réduction incomplète. Guérison spontanée après un anus contre-nature.
4° Duboué. Pas de réduction ; hernie irréductible.

B. — Dissection des adhérences intestinales. — Réduction.

5° Garengeot. Dissection. Réduction. Mort.
6° Dionis. — — Guérison.
7° Richter. Dissection, réduction. —
8° Scarpa. — — —
9° A. Cooper. Décollement, — —
10° A. Cooper. Dissection, — mort.
11° Ch. Cooper. — — guérison.
12° Forget. — — —
13° Trelat. Dissection. Hémostase au perchlorure de fer. Guérison.
14° Broca. Dissection, hémostase au fer rouge, guérison.
15° Labbé. — — — —
16° Trélat. Décollement, — — —
17° Trélat. — — — —
18° Bourguet. Dissection. Guérison après fistule stercorale.
19° Bourguet. — — — —
20° Bell. — — — —

C. — Dissection. Déchirure. Suture intestinale partielle.

21° Jobert. Dissection. Rupture. 4 points de suture. Guérison.
22° Michon. Dissection. Rupture. 3 points de suture. Guérison.
23° Trélat. Dissection. Rupture. 7 points de suture. Guérison.

D. — Résection de l'intestin et suture circulaire.

24° Riedel. Résection. Entérorrhaphie circulaire. Guérison.

E. — Etablissement d'un anus contre nature.

25° Arnaud. Résection de 5 pieds d'intestin. Persistance de l'anus contre nature.
26° J.-L. Petit. Anus contre nature, guérison spontanée.
27° Gasse. Anus à cinq pieds de l'estomac. Mort.

Si nous comparons la conduite des divers chirurgiens dans ces cas nous trouvons qu'au total, sur 27 opérés, 23 ont guéri, quatre ont succombé. Quatre hernies ont été abandonnées dans la plaie ou bien on a fait une réduction partielle. Un de ces malades est mort de perforation intestinale, les trois autres ont guéri, l'un d'emblée (obs. 1.), l'autre après une fistule stercorale ; chez le dernier, la hernie fut transformée en hernie réductible.

Seize malades ont été traités par la dissection des adhérences suivie de réduction. Deux de ces opérés sont morts. Sur les 14 autres, un seul a présenté une fistule stercorale de courte durée. Deux fois, la dissection donna lieu à un écoulement sanguin qui fut réprimé par des moyens énergiques, issue favorable.

Chez trois malades, les adhérences étaient étroites, l'intestin a été ouvert, puis refermé par trois, quatre, sept points de suture et ensuite réduit ; guérison rapide et complète.

Une seule fois on a pratiqué la résection totale de la hernie et la suture circulaire, et cette intervention hardie a été suivie de guérison.

Trois fois on a établi de propos délibéré un anus contre nature. Un de ces malades est mort, mais son orifice anal néo-formé ne pouvait lui donner aucune chance de survie ; il était placé trop près de l'estomac. Un autre guérit spontanément. Le malade à qui Arnaud pratiqua la résection totale d'une hernie en paquet, conserva un anus contre nature. C'est un triste résultat que nous saurions actuellement conjurer en pratiquant la suture circulaire de l'intestin après la résection.

Voici enfin quelles conclusions nous adoptons jusqu'à nouvel ordre, sur la conduite que l'on doit tenir quand on trouve l'intestin adhérent dans une hernie étranglée.

Si les adhérences sont molles, gélatineuses, nous nous rangeons à la pratique de Scarpa ; nous pensons qu'il faut les dissocier doucement; enlever, s'il est possible, au moyen de légères frictions avec une éponge phéniquée, les exsudats membra-

neux qui rétrécissent le poli de l'intestin ; enfin, bien nettoyer la surface de celui-ci avant d'en pratiquer la réduction.

Si des filaments celluleux, ou des brides minces et allongées s'attachent à l'intestin en lui laissant une grande partie de sa mobilité, il ne faudra jamais le réduire sans avoir divisé ces longs tractus qui pourraient plus tard l'attirer au dehors si leur continuité n'était interrompue.

Quand les adhérences seront plus solides et plus serrées, il vaudra toujours mieux dégager l'intestin, à moins toutefois que l'état général du malade soit trop mauvais pour permettre une longue opération. Dans ce cas, on lèvera l'étranglement, et on remettra à une autre séance, le plus rapprochée possible, le second temps de l'opération.

Sinon, on devra pratiquer immédiatement la dissection minutieuse des adhérences. Si cette dissection donne lieu à un suintement sanguin notable, on pratiquera d'abord la compression au moyen d'éponges antiseptiques sèches et si l'hémorrhagie continue, on pourra utiliser l'ingénieux procédé de Trélat et toucher un à un les points saignants avec le bout noir d'une allumette brûlée que l'on aura trempé dans une solution de perchlorure de fer à 30°.

Si l'intestin se déchire, on n'aura nul intérêt à établir un anus contre nature. On profitera de la déchirure pour donner passage aux liquides intestinaux qui distendent l'intestin; puis, après avoir soigneusement lavé les bords de la solution de continuité avec l'eau phéniquée à 2 1/2 %, on appliquera une série de points de suture assez rapprochés l'un de l'autre. On emploiera, comme la plus rapide d'exécution et la plus parfaite en même temps, la suture de Lembert et on la fera soit avec du catgut fin, soit avec de la soie phéniquée.

Toutefois, si les adhérences avaient une surface assez large, pour que la perte de substance de l'intestin soit équivalente à la moitié au plus de sa circonférence, il y aurait à craindre que la suture ne produisît un rétrécissement gênant la circulation des matières. Dans ce cas, il vaudrait mieux, croyons-nous, faire la résection complète de la portion malade et ensuite la suture circulaire.

Ces deux opérations, résection et suture, nous paraissent indiquées dans les cas de hernies en paquet dès que la dissocia-

tion des anses composantes est jugée impossible et que l'arrêt des matières détermine une inflammation pouvant aboutir à une gangrène secondaire. Elles sont aussi indiquées dans les coudures en V dont nous avons parlé ; car on ne pourrait autrement détruire l'éperon qui met obstacle au cours des matières.

La pratique de ces divers procédés, bien qu'admise encore incomplètement, nous paraît appelée à d'heureux résultats. Il faut en effet se rappeler que dans ces cas le tissu sur lequel on opère est relativement bon ; et aussi se souvenir de la bénignité relative des accidents d'étranglement dans les hernies compliquées d'adhérences.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

DES APPLICATIONS NOUVELLES A LA THÉRAPEUTIQUE PENDANT L'ANNÉE 1884.

(Suite. — Voir les numéros précédents.)

Sulfureux (*Gaz acide*).— De récentes expériences du Dr Dujardin-Beaumetz, il résulte que pour désinfecter un local, ayant été occupé par des malades atteints de maladies contagieuses, il faut avoir recours à la combustion du soufre.

Il s'agissait de trouver un corps qui pût être manié par des personnes non habituées à de pareilles recherches, dont les vapeurs pussent pénétrer les effets de literie, et n'aient aucune action sur les objets meublants et les rideaux.

Le brome, le chlore et le sulfate de nitrosyle furent rejetés : le brome parce que ses vapeurs se répartissent inégalement et qu'elles ont une force très faible de pénétration.

Le chlore possède le très grave inconvénient de décolorer, même à sec, certaines étoffes.

Le sulfate de nitrosyle, qui est un sérieux désinfectant, présente les grands inconvénients suivants : le gaz hypoazotique, qu'il dégage au contact de l'eau, altère les objets meublants, et ce désinfectant, étudié par M. Girard, ne peut s'appliquer qu'aux locaux dans lesquels il n'existe que des murs : fosses d'aisances, caves, etc.

C'est l'acide sulfureux, qui paraît remplir, jusqu'à nouvel ordre, les conditions de bon marché, de maniement facile, et de désinfection complète que l'on recherchait.

Après avoir recouvert de bandes de papier collé les huis des fenêtres, on allume, par mètre cube, 20 grammes de soufre sur une plaque de

tôle un peu élevée au-dessus du sol ; on se sert, comme l'a conseillé M. Pasteur, d'un petit fourneau en terre réfractaire, de 0 m. 25 de largeur sur 0,20 de longueur, dont les parois sont percées de trous de manière à faciliter la combustion. Chacun de ces creusets peut brûler un kilogramme de soufre.

Pour obtenir la combustion complète de la fleur de soufre, on arrose sa surface avec de l'alcool, puis on enflamme l'alcool. Toutes les issues fermées, les vapeurs sulfureuses pénètrent partout dans la chambre.

Des papiers réactifs plongés dans l'intérieur des différents matelas, enveloppés avec le plus grand soin, ou enfermés dans des boîtes, sont atteints par le gaz.

Ce procédé est le moins coûteux et le plus simple. Les différents bouillons de culture en expérience, ont été stérilisés, sauf toutefois les tubes renfermant des bactéries charbonneuses. Les propriétés du virus vaccin sont détruites.

On protège les objets de cuivre ou de fer en les recouvrant de graisse.

Le procédé par l'emploi de l'acide sulfureux liquide, évite les dangers d'incendie, laisse intactes les dorures et les parties métalliques, mais il est d'un prix élevé. Le procédé par la combustion du sulfure de carbone est intermédiaire entre le procédé dit de Pictet, et le procédé par la combustion du soufre ; mais pour obtenir la combustion du sulfure de carbone, il faut un brûleur spécial, le brûleur de M. Ckiandi, très ingénieux, qui remplit les conditions exigées, mais que l'on n'a pas toujours sous la main et qui coûte de 40 à 50 francs.

Tannin.— Le docteur Bell (*Canada medical Record*, Fév. 1884), au lieu d'arracher le polype nasal, fait dans la masse même une injection de dix à vingt gouttes d'une solution concentrée de tannin, au moyen de la seringue hypodermique. En quelques jours, on obtient la destruction du polype, qui se mortifie et se détache. A essayer chaque fois que l'on peut saisir le polype avec une pince et le tenir immobile pendant l'injection.

Térébenthine (Essence de). — Une compresse de flanelle de la grandeur d'une feuille de papier à lettre, est imbibée d'essence de térébenthine; une fois essorée, on la place sur la région atteinte de douleurs rhumatismales; elle est ensuite recouverte de toile caoutchoutée ou de taffetas gommé. Au début, sensation de fraîcheur, à laquelle succède une chaleur plus ou moins prononcée ; au bout d'une demi-heure, la peau est d'un rouge vif, très hypérémiée et très sensible.

Si cette compresse reste appliquée plus d'une heure, traces de vésication.

Ce procédé réussit dans le traitement des affections douloureuses superficielles : lumbago, torticolis, pleurodynie, névralgies intercostales et sciatiques. (Dr Constantin Paul.)

Le Dr Conrad George conseille l'huile essentielle de térébenthine à

l'intérieur dans la diphthérie. Il l'administre dans du lait, à la dose de vingt gouttes chez un enfant de huit mois, et de deux cuillerées à café chez un garçon de quatorze ans. S'il y a strangurie, le laudanum et les fomentations locales dissipent vite cet accident.

Ces résultats confirment ceux obtenus par Satlow, qui, sur 43 cas de diphthérie grave traités par ce procédé, n'a perdu qu'un malade. (*The therapeutic* 1881.)

Terpilène (*hydrate de*). — Le Dr Ed. Labbé présente à la Société de Thérapeutique une eau ozonisante qui doit ses propriétés à l'hydrate de terpilène ; M. Bourcier, ingénieur, extrait ce produit entièrement pur, du Pinus Maritima et du Pinus Australis. On le prépare en distillant dans le vide à la plus basse température possible, les gemmes de ces plantes ; on obtient ainsi du térébène ou australène, que l'on mélange intimement avec une certaine quantité d'eau distillée très pure, puis on fait absorber au mélange de l'oxygène à saturation, pour lui donner ses propriétés ozonisantes. Ce produit agit, suivant le Dr Ed. Labbé, par l'ozone qu'il contribue à former, ainsi que le prouvent les papiers ozonimétriques.

Cette eau qui a une légère odeur de térébenthine, est employée en pulvérisation, en vapeur, et à l'état liquide. C'est un désinfectant de premier ordre ; elle désinfecte les expectorations odorantes ; à l'état de vapeur, elle pénètre l'économie, puisqu'elle cause une espèce d'ivresse chez les sujets en expérience. Des compresses imbibées de cette eau et placées sur des plaies à mauvaise odeur, les désinfectent rapidement.

Terre glaise. — Le Dr Apostoli a publié un mémoire très important sur l'emploi nouveau en thérapeutique électrique, de la terre glaise.

Il s'est servi comme électrode facilement maniable de la terre glaise, terre à modeler ou terre à sculpter.

Cette substance facilite et permet de compléter certaines applications de galvano-caustique chimique, c'est-à-dire de cautérisation soit positive, soit négative, appliquée au traitement des ulcères et des plaies de mauvaise nature.

Ce nouvel électrode assure une plus grande constance au courant.

La terre-glaise facilite les applications de longue durée.

Elle permet de varier à volonté, l'étendue, la forme des électrodes, leur surface d'application, et est destinée à vulgariser la pratique de certaines galvanisations.

La terre glaise permet de limiter, de localiser l'action totale du courant, et de réduire, dans certaines circonstances, au minimum l'influence fâcheuse de sa diffusion ou de sa dérivation.

Elle diminue la douleur des applications de galvano-caustique chimique au pôle inactif, et supprime à son niveau toute crainte d'escharre.

L'introduction de la terre glaise dans la pratique de la galvano-causti-

que, permet de doubler sans difficulté les doses employées jusqu'à ce jour.

En résumé, on voit que la terre glaise peut être employée avec les avantages suivants :

A. Pôle actif :

1° Traitement plus facile et plus complet des ulcères.

2° Vulgarise la pratique de certaines galvanisations.

B. Pôle neutre :

1° Permet l'application des pôles concentriques.

2° Diminue la douleur des galvano-caustiques et éloigne toute crainte d'escharre.

3° Rend possible et inoffensive, l'élévation de l'intensité portée jusqu'à 80 et au besoin 100 milliampères.

C. Les deux pôles simultanément ou un seul argileux :

1° Assure une plus grande constance au courant ;

2° Facilite les applications de longue durée.

Le Dr Shearer, de Balt, après avoir échoué avec tous les traitements usuels dans les entorses, a eu recours à l'argile des briquetiers.

Cette argile, bien pure de graviers, est séchée et finement pulvérisée dans un mortier, puis délayée avec de l'eau jusqu'à consistance de boue épaisse. On en étend, sur un morceau de mousseline, une couche de un demi-centimètre d'épaisseur, puis on entoure complètement l'articulation avec ce pansement, que l'on soutient avec une bande en caoutchouc, assez serrée pour que le pansement ne glisse pas, et pas assez pour dessécher la terre glaise.

Trois observations viennent appuyer le dire du Dr Shearer ; la douleur les battements, la tuméfaction, la rougeur disparaissent en général dans les premières 24 heures, mais les malades n'ont pu sortir que le 10e jour.

Nous ferons observer que le massage, méthodiquement pratiqué, donne des résultats beaucoup plus prompts.

Thalline. — La découverte de nouveaux antiseptiques a lieu pour ainsi dire, chaque jour.

Notre confrère Huchard, dans un excellent article (*Union médicale*), expose que la voie étant ouverte après la quinoline, la kairine, etc., d'autres corps de même origine ne tardèrent pas à être découverts : c'est ainsi que le Dr Rudolf de Jacksch, de Vienne, a pu étudier une série de substances antifébriles, parmi lesquelles la Thalline occupe une place importante. (Dr Rudolf de Jacksch, assistent der medizinischen Klinick in Wien. Thallin ein neues antipyreticum (*Wiener Medic Wochenschr.*, n° 48 1884.)

Notre confrère cite, d'après le médecin viennois, quatre substances qui méritent une mention à part.

1° Le chlorhydrate de Paroxyquinoline ($C^9 H^7 Az O H Cl$), poudre inodore et presque sans saveur, soluble dans l'eau, se colorant en rouge

comme l'antipyrine par l'addition de quelques gouttes de perchlorure de fer.

2° La tétrahydroparaoxyquinoline ou tétrahydroparaquinanisol, ($C^9 H^{11} AzO$), poudre très soluble dans l'eau, saveur légèrement sucrée, et dont les solutions prennent une coloration rouge violet ; toxique énergique qui détermine la mort d'un chien au bout de deux heures à la dose de 0,20 centigr. à 0,60 centigr.

3° La Paraquinanisol ($C^{10} H^9 AzO$) dont les solutions ne sont pas colorées par le perchlorure de fer.

4° Enfin, la Tétrahydroparaquinanisol (ou tétrahydroparamethyloxyquinoline, découverte par Skraup (de Vienne) dont la formule est représentée par $C^{10} H^{13} AzO$, à laquelle on a donné le nom de Thalline (de Thallus, rameau vert) qui rappelle la propriété que possèdent ses solutions de se colorer en vert émeraude par l'addition de perchlorure de fer.

Dernièrement, Jacksch a reconnu des propriétés antifébriles à la dose de 0,20 ou 0,50, ou 0,75 centigr. à la Thalline et à ses sels (sulfate, tartrate et chlorhydrate de Thalline) et à une autre substance : le chlorhydrate d'éthylthalline.

Le chlorhydrate de Thalline s'altère promptement à la lumière, il est d'une conservation difficile; aussi faut-il renoncer à son emploi.

Le tartrate et le sulfate de Thalline se présentent sous forme de poudre cristalline blanchâtre ; le sulfate possède une odeur aromatique assez accusée ; le tartrate a une odeur qui rappelle celle de la Coumarine.

Les solutions de ces sels ont une saveur un peu désagréable, amère, et salée ; étendues d'eau, elles offrent au contraire une saveur aromatique agréable.

Le sulfate de thalline, très soluble dans l'eau bouillante, se dissout dans cinq fois son poids d'eau froide ; sa solution se colore légèrement en brun à la lumière.

Quant au tartrate, il est soluble dans dix parties d'eau.

La réaction caractéristique des solutions de ces deux sels est de se colorer en vert, sous l'influence de quelques gouttes de perchlorure de fer. Cette coloration verte très sensible, fait place, au bout de 24 heures, à une coloration jaune rougeâtre. Cette coloration verte est également obtenue avec : le bichromate de potasse, l'acide chromique, le nitrate de mercure, le chlore, le brome, l'iode en solutions aqueuses, le nitrate d'argent.

Quant à l'éthylthalline, $C^{12}H^{17} AzO$, et à ses sels, ils sont également solubles dans l'eau, et se distinguent de la thalline par la coloration rouge que donne le perchlorure de fer à ses solutions.

Parmi ces produits qui ont des propriétés antifébriles, on donne la préférence au sulfate de thalline, plus actif que le chlorhydrate et le tartrate.

Dans près de cent cas de fièvres dues à des maladies différentes (fièvre intermittente, dothiénentérie, rhumatisme, rougeole, érysipèle, état puer-

péral fébrile, pneumonie, tuberculose), le Dr Jacksch a pu abaisser la température jusqu'à la normale sans causer d'accidents.

Pour la fièvre intermittente, si les premiers accès sont supprimés en prescrivant la thalline deux ou trois heures avant leur apparition, si même, ils sont diminués d'intensité et de durée par l'administration du médicament dès qu'apparaît l'accès, il faut toujours revenir au sulfate de quinine ; c'est donc un antithermique, et non un antipériodique. Dans la fièvre typhoïde, dans la fièvre des tuberculeux, des rhumatisants, la thalline a une action prompte, mais nullement sur les phénomènes douloureux, ni sur la durée du rhumatisme.

A la dose de 0,25 à 0,50 centigr., les sels de thalline ont une propriété antithermique puissante, la chute de la température est suivie de sueurs abondantes. A la suite de l'administration de 0,25 centigr. de ces sels, la température s'abaisse de 1°2 sans sueurs ni vomissements. Si dans la soirée la température remonte à 39,3, et que l'on donne 0,50 cent. d'un de ces sels, au bout de 2 heures la température descend à 37°.

L'abaissement thermique est obtenu en deux ou trois heures ; l'ascension secondaire de la température se produit après quatre ou cinq heures en s'accompagnant souvent de frissons, mais jamais de vomissements, de phénomènes de cyanose, etc.

En outre, ces sels sont doués de propriétés antiputrides, puisqu'ils retardent les fermentations ammoniacale et alcoolique, la fermentation et la décomposition du lait. (Huchard. *Union médicale.*)

Thym. — Le thym renferme une huile volatile, du tannin, un principe amer et de la fibre ligneuse ; l'huile essentielle se décompose en thymène ($C^{20} H^{16}$) essence liquide isomérique avec l'essence de térébenthine, et en acide thymique ($C^{20} H^{14} O^{2}$), stéaroptène peu différent du camphre proprement dit.

Ses propriétés thérapeutiques découlent de sa composition chimique. L'essence de thym donne d'abord une période d'excitation, puis une période d'abattement qui peut aller jusqu'au collapsus, si la dose est forte. De là, son emploi contre les anémies et les hémorrhagies ; ses propriétés diaphorétiques et diurétiques le rendent précieux dans une foule d'affections rhumatismales, par exemple dans les affections du tissu fibreux, des muscles, et des branches nerveuses superficielles. Anticatharral énergique, l'huile essentielle de thym est un de nos meilleurs antiseptiques. Ne jamais donner le médicament dans la période aiguë d'une maladie. (*Bulletin général de Thérapeutique*, n° du 15 décembre 1884).

Sur notre conseil, notre collègue Gigon a bien voulu faire avec de la paraffine, suivant le procédé décrit à l'article Menthe, et de l'essence de thym à parties égales pour les uns, ou de la paraffine saturée d'huile et de thym, pour les autres, des crayons analgésiques, qui, comme ceux qui contiennent de l'essence de menthe, sont très utiles dans les névralgies superficielles, les névralgies dentaires ou la migraine.

Voici les principales formules que contient ce mémoire pour l'administration de ce médicament :

Huile essentielle de thym, privée d'huile essentielle de térébenthine	0 gr. 10 centig.
Savon médicinal	0 gr. 10 —
Poudre de guimauve	Q. S.

pour une pilule enrobée dans une couche de baume éthéré de Tolu. Dose moyenne : deux pilules avant chacun des deux repas principaux.

Dans la chlorose, alors surtout que le fer n'est pas toléré, dans les rhumatismes erratiques.

En frictions : 10 grammes d'huile essentielle pour 60 grammes d'huile de jusquiame.

Pour injections, lotions ou comme désinfectant :

Huile essentielle de thym	5 gram.
Teinture de quillaya saponaria	20 gram.
Alcool	80 gram.
M.	

Usage externe : une cuillerée à café dans l'eau de toilette ; de une à deux cuillerées à bouche dans l'eau nécessaire pour une injection.

Dans un bain : Carbonate de soude 300 grammes et huile essentielle de thym, 2 grammes. La préparation, faite la veille du bain, dans un grand flacon hermétiquement bouché, est répandue également dans l'eau. (*Bullet. général de Thérapeutique.*) (*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'accouchements à l'usage des étudiants et des sages-femmes, par le Dr Jallet (Delahaye et Lecrosnier, éditeurs, Paris 1884).

M. Jallet, dans une lettre à ses élèves, au début de l'ouvrage, nous fait savoir qu'il l'a écrit en 1860. Cet avertissement nous semble assez inutile, car il suffit de lire quelques pages pour voir que le nouveau précis est loin d'être au courant de la science. C'est ainsi que, pour ne parler que des choses importantes, le palper, qui a été exposé d'une façon si magistrale par M. le Dr Pinard dans son traité du palper, est complètement passé sous silence. L'auteur ne dit pas un mot de l'auscultation appliquée au diagnostic des présentations et des positions ; il n'est certainement pas sans avoir connais-

sance du traité d'auscultation obstétricale du professeur Depaul et des discussions nombreuses auxquelles donnèrent lieu les travaux de M. Glénard, de Lyon. Le chapitre pathologie de la grossesse, à l'exception de l'avortement, est complètement absent. Enfin, il nous semble extraordinaire qu'après s'être placé sous l'égide des professeurs Pajot et Tarnier, l'auteur, à propos du forceps, ne fasse que simplement mentionner le nom de Levret. Certes, nous reconnaissons volontiers que Levret, en inventant son forceps, a rendu un grand service à l'obstétrique, mais nous croyons que le professeur Tarnier lui en a rendu un non moins grand, en inventant son nouveau forceps, et il eût été bon de dire, ne fût-ce que quelques mots du forceps qui, d'ici peu, sera entre les mains de tous les praticiens. Ces quelques critiques mises à part, l'ouvrage du Dr Jallet se distingue par les excellents conseils qu'il donne aux étudiants et aux sages-femmes et qui montrent qu'il est l'œuvre d'un bon clinicien. Dr Ad. Olivier.

FORMULAIRE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Tableau comparatif des réductions opérées par l'urine sur la liqueur de Felhing
Par M. E. Gautrelet.

1° La liqueur de Fehling ajoutée directement à l'urine à froid est réduite...... Pyrocatéchine.

2° La liqueur n'est pas réduite à froid, et portée à l'ébullition n'est pas ou n'est que très faiblement réduite ; en tout cas, le précipité se forme ou s'accentue par le refroidissement Acide urique.

3° La liqueur est nettement réduite à l'ébullition : acide urochloralique, alcaptose, glucose, créatinine et........ Sels réducteurs.

4° L'urine traitée par le sous-acétate de plomb, puis par le carbonate de soude est après filtration portée à l'ébullition avec la liqueur de Fehling ; il y a réduction : acide urochloralique, alcaptose, glucose, et............ Créatinine.

5° L'urine traitée par le sous-acétate de plomb et le carbonate de soude, puis par le chlorure de zinc donne à l'ébullition avec la liqueur de Fehling une réduction : acide urochloralique, alcaptose, et.................... Glucose.

6° L'urine décolorée par le sous-acétate de plomb et filtrée ne dévie pas la lumière polarisée, acide urochloralique et.... Alcaptose.

7° L'urine additionnée de levure

de bière ne subit pas la fermentation alcoolique ACIDE UROCHLORALIQUE.

8° L'urine ne réduit la liqueur de Fehling ni à froid, ni a 100°, ni après refroidissement ; décolorée par le sous-acétate de plomb, elle dévie à droite le plan de polarisation de la lumière.. SACCHAROSE.

—

Injections intra-veineuses d'iode dans les maladies infectieuses.

(VAN DER HEYDEN.)

Partant de cette idée que les maladies infecticuses sont dues aux bactéries, l'auteur a pensé pouvoir agir contre les organismes au moyen de l'iode qui peut être injecté en quantité importante dans les veines sans danger pour l'économie. A cet effet, il a employé la solution suivante :

Iode	1
Iodure de sodium	2
Eau distillée	7

La dose, pour chaque injection, était de 10 grammes de cette solution.

La première fois, l'injection fut faite dans un cas de fièvre gastrique typhoïde, où la température était de 38°40° ; celle-ci diminua et ne s'éleva pas ultérieurement. Dans deux cas de choléra, au début, l'injection produisit un heureux résultat ; dans un autre cas de choléra, à la période d'algidité, l'effet fut nul. Dans deux ou trois cas de lèpre, l'amélioration fut notable. (*Deutsche medic. Zeitung* 1884, 411, et *Annali di Chimica medico-farmaceutica e di Farmacologia*), I, 1885, 100.)

—

Administration des substances médicamenteuses chez les femmes qui allaitent.

— M. Fehling fait ressortir l'importance que présente, au point de vue de la médecine légale, la question qu'il se propose de traiter et il insiste sur l'extrême susceptibilité des nouveaux-nés pour les médicaments qui leur sont directement administrés. L'auteur a cherché à s'éclairer d'abord sur le temps que peuvent mettre les médicaments en suspension dans le lait de la nourrice à traverser l'organisme du nourrisson. Ses premières expériences ont été faites avec le salicylate de soude et l'iodure de potassium, qui ont été retrouvés, d'une façon constante, dans les urines des nourrissons, de une à deux heures après que ceux-ci avaient été mis au sein. M. Fehling a constaté que l'iodoforme déposé à la surface d'une plaie contuse chez une femme en couches, passait très rapidement dans les urines du nourrisson. Le mercure ne s'y montre qu'à l'état de traces, trop faibles pour être évaluées quantitativement. Les acides, tels que l'acide chlorhydrique, l'acide citrique l'acide acétique, administrés à la nourrice, n'exercent pas d'influence appréciable sur les fonctions du nourrisson. De même pour les narcotiques, tels que l'opium, la morphine, le chloral, qu'on ne retrouve pas dans les urines des enfants, tandis que l'atropine, administrée à forte dose à une fem-

me qui allaite, trahit son passage dans l'organisme du nourrisson par une dilatation des pupilles. En somme, on peut administrer à des nourrices, sans préjudice pour les nourrissons, des substances médicamenteuses à doses assez fortes, à condition de se garder contre les dangers d'une action cumulative. (*Par. méd.*)

—

Traitement de la couperose
(Besnier.)

Enduire tous les soirs les parties couperosées de savon mou de potasse qu'on laisse la nuit et qu'on remplace dans la journée par un corps gras ou de l'amidon.

Au bout de cinq à six jours, il se produit une irritation vive. Alors on cesse l'usage du savon et l'on n'a recours qu'à des pulvérisations d'eau chaude.

Si, après ce traitement, la peau n'est pas redevenue lisse, on le recommence et autant de fois qu'il est nécessaire.

Ou bien, on a recours au suivant:

Tous les soirs, badigeonnage, excepté sur les yeux, avec ce mélange:

Soufre précipité, glycérine ââ P.E

Triturer et ajouter :

Eau de roses, alcool camphré : ââ P. E.

On laisse en place la nuit et on enlève le matin avec du savon.

Irritation des membres inférieurs: Bains de pieds chauds sinapismes.

Irritation du tube digestif : Aloès.



VARIÉTÉS

—

Choléra. — Par décrets, en date du 30 mars 1885, des récompenses sont accordées aux personnes ci-après désignées, qui se sont signalées par leur courage, leur dévouement et leurs services, pendant l'épidémie cholérique de 1884, savoir :

Médailles d'or de deuxième classe. — *Aude* : MM. les docteurs Marfan, conseiller général ; Garetta, conseiller général ; Rougé, à Limoux; Heyles, maire de Mayreville ; Devilla, maire de Peyriac ; Louis Delmas, à Rieux-Minervois ; Vaysse, médecin des épidémies. — *Bouches-du-Rhône* : MM. les docteurs Abram, Gautier, à Marseille ; Marius Maunier, à Aix ; Dupeyron, à Septèmes ; MM. A Ferran, chef-interne à l'hôpital d'Arles ; Bossano, Icard, Tasso, externes à l'hôpital du Pharo ; Rippert, Bernard, élèves en pharmacie à l'hôpital du Pharo. — *Drôme* : M. E. Rion, pharmacien à Valence. — *Gard* : MM. les docteurs Gaillard, Delfau, Vidal, Waton, médecins de la Compagnie houillère de Bessèges ; Mathieu, chef de clinique à Lyon ; Demorey-Delettre, Tessonnière, à Saint-Hippolyte-du-Fart ; Mathieu, à Bouillargues ; M. Louis Bresson, interne des hôpitaux de Nîmes.— *Garonne (Haute-)* : MM. les docteurs Sanné, à Aspet ; Cassagne, à Soueich. — *Hérault* : MM. les docteurs Blaise, agrégé de la Faculté de Montpellier ; A. Guinié, P. Ducloux, à Cette ; A. Vialette, à Montbazin ; Borel, aide-major au 27e bataillon de chasseurs à pied.—*Loire-Inférieure* : MM. les docteurs Eugène Bonamy,

à Nantes ; Emmanuel Chartier. — *Pyrénées-Orientales* : M. le docteur Sabarthes, à Rivesaltes ; M. Pradel, médecin à Prades. — *Seine* : MM. les docteurs Babinski, Audigé, Tisné, Mottet, Gaube, de Molènes. — *Var* : MM. les docteurs Lannegrâce, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Chapuis, Laure, Pellegrin, Tourette, à Toulou ; Patritti, Gradelet, à Brignoles ; Antelmy, à Carces. — *Vaucluse* : M. Beauchamp, pharmacien, maire de Thor.

NÉCROLOGIE. — Le Dr EDWARD BEYLARD vient de succomber à l'âge de 61 ans, emporté par une pleurésie double.

Le Dr VEAULLEGEARD (Auguste-Nicolas), né à Neuville près Viré le 2 novembre 1796, est mort le 12 mars dernier à Condé-sur-Noireau (Calvados.) Le Dr Vaullegeard fit sa première ovariotomie le 15 septembre 1847 ; c'est le quatrième chirurgien français qui ait osé tenter cette opération.

M. H. MURE, pharmacien à Pont-Saint-Esprit, mort à l'age de 62 ans.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le Dr TTRIANA, consul général des Etats-Unis de la Colombie, vient d'être, dans son pays, l'objet d'une manifestation de haute estime.

Le *Papel periodico de Bogota*, l'un des journaux les plus importants de l'Amérique du Sud avait invité ses abonnés et lecteurs à désigner par voie d'élections *dix* de leurs concitoyens qu'ils jugeraient les plus éminents.

Ce distingué confrère arrive avec le n° 6.

« José-Jeronimo Triana, botaniste, membre de plusieurs Sociétés savantes d'Europe, auteur d'ouvrages sur la flore de la Colombie, parmi lesquels ses grands travaux sur les quinquinas et les mélosténacées ont été justement appréciés du monde savant. »

C'est à M. Triana que revient le mérite d'avoir déterminé cette nouvelle famille, la *Remijia pedunculata* d'où M. Hesse a tiré la quinine, et c'est dans un lot d'écorces de *rem'ja purdiana*, arrivés en France sous l'étiquette de *quinquina cuprea* que, sur les indications de notre collègue, M. Armand a trouvé la cinchonamine.

PAUL RODET.

HOPITAL BICHAT. — M. le docteur Henri Huchard commencera ses leçons de clinique et de thérapeutique à l'hôpital Bichat le dimanche 10 mai, à dix heures très précises du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure. La première leçon sera consacrée à *l'artério sclérose*, envisagée aux points de vue clinique et thérapeutique.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 avril 1885. — Présidence de M. JULES BERGERON.

Les dérivés de la cocaïne du commerce. — M. PANAS a été étonné de voir, il y a un mois, que la cocaïne fournie par la pharmacie centrale des hôpitaux produisait une mydriase aussi prononcée que celle donnée par l'atropine. Aujourd'hui, la cocaïne n'est guère fournie que par une seule maison ; ce n'est plus celle qu'on avait il y a quelque temps. En effet, cette substance coûtant très cher, on reprend les feuilles qui ont déjà servi pour les épuiser à nouveau, on obtient ainsi un nouveau corps qui donne une

mydriase comparable à celle que donne l'atropine. Cette nouvelle substance est un dérivé de l'hygrine, substance qui a une action mydriatique énergique. En second lieu, ce corps n'est pas anesthésique.

L'action mydriatique de ce dérivé de l'hygrine cède devant l'action myotique de l'ésérine, tandis que pour l'atropine cela n'a lieu que d'une façon temporaire.

Election. — M. Mignot est élu membre correspondant national par 42 suffrages.

Des altérations dentaires chez les morphinomanes. — M. Rochard, au nom d'une commission composée de MM. Dujardin-Beaumetz, Luys et Rochard, fait un rapport sur un travail portant le titre ci-dessus, et lu récemment à l'Académie par M. le Dr Combes. La morphine attaque d'abord les grosses molaires par leur face triturante et les creuse d'une cavité profonde ; puis elle attaque les petites molaires, les incisives et enfin les canines, au sommet desquelles elle creuse une cavité du même genre. C'est l'ivoire qui est le siège de cette altération, laquelle est presque indolore, ne s'accompagne pas de périostite et marche avec une extrême rapidité.

M. Combes conseille, comme traitement local, un soin extrême de la bouche, des lotions fréquentes avec des solutions bicarbonatées sodiques, des frictions des dents et des gencives avec de la poudre de carbonate de magnésie. Au point de vue du traitement général, il recommande de recourir à l'hydrothérapie et surtout de diminuer peu à peu les doses de morphine.

En même temps qu'ils perdent leurs dents, les morphinomanes perdent leurs cheveux. Ce sont là des arguments à utiliser chez les malades sur lesquels la coquetterie peut avoir prise.

De la contagion de la tuberculose par les voies respiratoires. — M. Ollivier cite deux observations ayant trait à des faits observés l'un à l'hôpital et l'autre en ville et montrant cette contagion. Deux enfants contractèrent la phthisie après avoir séjourné longtemps auprès d'autres enfants tuberculeux. Il émet les propositions suivantes :

1° Isoler dans les familles comme à l'hôpital les enfants tuberculeux.

2° Ne pas laisser longtemps séjourner auprès d'eux les enfants bien portants et surtout interdire à ceux-ci de coucher dans la même chambre.

3° Assurer une ventilation parfaite dans les pièces occupées par les petits malades.

4° Nettoyer avec soin les objets de literie, les vêtements, les linges souillés par les matières expectorées et détruire celles-ci par des agents physiques ou chimiques énergiques, afin de prévenir leur dessiccation dans l'atmosphère.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 avril 1885.

Deux cas de périnéorrhaphie faite avec succès par le procédé d'Emmet, avec quelques remarques par M. Kir-

misson. **Rapport.**—M. TERRILLON, M. Kirmisson dit que le fil inférieur, celui qui entre un peu en arrière de l'anus et est destiné à rapprocher les deux extrémités du sphincter divisé, ne doit pas être trop serré ; car, s'il est trop serré, les deux extrémités de l'anus rapprochées se renversent de façon à faire un éperon du côté de la lumière anale. Je ne suis pas de son avis, car cet éperon est utile, et, s'il est un peu gênant les premiers jours pour la défécation, il disparaît par la suite : il faut donc serrer ce fil inférieur.

M. Terrillon a fait cette opération neuf fois, et jamais il n'a eu à se plaindre d'avoir trop serré ce fil.

Les fils tout à fait supérieurs doivent passer non plus dans la cloison recto-vaginale, mais rester, au niveau de la vulve, libres sur une partie de leur étendue.

Dans deux cas il a placé un fil de soutien passant à travers la surface cruentée et entrant et sortant loin des bords de la surface d'avivement ; il croit que c'est à ce fil qu'il a dû la guérison dans ces deux cas.

Quant au mode d'arrêt des fils, c'est-à-dire, savoir s'il faut préférer la suture enchevillée ou la suture entortillée, M. Terrillon pense que la suture entortillée doit être réservée aux cas où les surfaces d'avivement ne sont pas très étendues. On doit préférer la suture enchevillée dans les cas où les surfaces d'avivement sont très étendues, où la déchirure s'étend loin.

M. TRÉLAT. Le procédé de M. Terrillon n'est pas la méthode d'Emmet. Ce chirurgien avec ses fils rapproche les surfaces en bourse. Avec la suture entortillée, on tend à redresser le fil, à rapprocher les surfaces d'avivement comme les pages d'un livre, mais les lèvres de la plaie tendent à bâiller. Je ne pratique plus que l'opération d'Emmet pure. Je mets en outre des points vaginaux. Tout au plus y ajouterai-je la suture de renfort qu'a pratiquée M. Terrillon, et qui est un souvenir de mon ancienne suture enchevillée.

Toute périnéorrhaphie comprend un dessin d'avivement suffisant, un affrontement parfait et une antisepsie parfaite. Tels sont les points importants.

M. VERNEUIL. Je crois que les points vaginaux sont utiles même avec l'opération d'Emmet.

J'ai imaginé un procédé qui m'a donné des résultats parfaits. J'employais les sutures vaginales, périnéales, et périnéo-rectales. Mais comme la méthode d'Emmet est beaucoup plus simple, je déclare abandonner ma méthode pour l'adopter.

M. DESPRÉS. Le principe de l'opération d'Emmet ne lui appartient pas. On trouve dans les arsenaux de chirurgie un instrument du baron Heurteloup, qui consiste en une espèce d'aiguille courbe qu'il mettait en place et dont il fixait les extrémités au moyen de boutons.

M. M. SÉE est partisan de la suture enchevillée, qui donne de très bons résultats.

M. TERRILLON. Je ne crois pas dénaturer le procédé d'Emmet en

modifiant le mode d'arrêt des fils. Ce qui constitue le procédé d'Emmet, c'est le placement du fil inférieur ou anal et le placement des fils en anse profonde passant à travers la cloison recto-vaginale.

Je ne crois pas que les sutures enchevillées aient des inconvénients soit au point de vue de la forme, soit au point de vue de l'affrontement des surfaces. Du reste, j'emploie la suture entortillée et à points séparés pour les petites déchirures. Je les aurais employés dans les cas de M. Kirmisson qui étaient des cas légers, puisqu'il n'y avait pas incontinence des gaz.

M. Schwartz lit un mémoire intitulé : *Quelques considérations sur la périnéorrhaphie et en particulier sur la périnéorrhaphie secondaire.*

M. Humbert lit un travail *sur la désarticulation du coude avec résection du condyle de la trochlée.*

Ostéoclasie avec l'appareil Collin pour genu valgum. Présentation de malade. — M. Delens. L'opération a été pratiquée chez un jeune homme de 17 ans, des deux côtés ; l'écartement inter-malléolaire minimum était de 17 centimètres. Le malade est resté 35 jours au lit. Il n'y a pas de cal apparent ni de saillie.

Séance du 22 avril 1885.

Périnéorrhaphie. — M. Marc Sée fait connaître le procédé qu'il emploie et qui lui a donné de très bons résultats. Il insiste sur le mode de pansement qui consiste en une application de bismuth sur la plaie, de cellulose au sublimé sur le périnée, d'un sachet iodoformé dans le vagin, le tout recouvert d'une bande en caoutchouc qui exerce une compression élastique sur la plaie. Il laisse ce pansement en place huit jours, pratique le cathétérisme deux ou trois fois par jour, cherche à éviter les garde-robes pendant tout ce laps de temps.

M. Polaillon fait observer que le procédé d'Emmet, tant vanté dans la dernière séance, ne peut être appliqué que dans les cas de déchirures très peu ou moyennement étendues.

Injection intra-uréthrale de cocaïne. — M. Bouilly fait un rapport sur une note de M. Gryfeld (de Montpellier), relative à l'emploi du chlorhydrate de cocaïne en injections intra-uréthrales pour faciliter le cathétérisme. Ce moyen lui a, dans un cas, parfaitement réussi ; il a obtenu une anesthésie locale complète.

Mal perforant. — M. Terrillon rappelle avoir, dans une séance précédente, présenté un malade tabétique atteint, selon lui, d'un mal perforant palmaire. La nature de cette affection avait été mise en doute par plusieurs collègues ; or M. Terrillon a enlevé cette induration et l'examen histologique y a révélé tous les caractères anatomiques du mal perforant plantaire.

M. Bousquet lit une note sur **les complications articulaires de la blennorrhagie.**

M. Kirmisson lit un travail sur **l'ablation des tumeurs du triangle de Scarpa.**

Sarcome de la joue. — M. Horteloup présente le moule de la face d'une femme de quarante-six ans qui, il y a deux ans, a été opérée par M. Sarrazin (de Bourges) d'une tumeur érectile du front. Quelque temps après apparut sur la joue une tumeur mobile, sous-cutanée, dont le grand diamètre mesure aujourd'hui 12 centimètres ; cette tumeur s'est développée d'avant en arrière. M. Horteloup pense qu'il s'agissait d'un lipome. Cette malade a été opérée le matin même. L'opération a été des plus faciles. La coupe de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un sarcome.

M. Verneuil croit devoir rapprocher du fait de M. Horteloup le fait suivant : une malade a été opérée dans son service d'un épithélioma de la joue. Peu de temps après, au-dessous de la cicatrice, apparaissait une tumeur qui grossit assez rapidement ; c'était un fibrome type qui fut enlevé largement. Ce fait est intéressant au point de vue de la substitution des tumeurs.

Kyste du para-ovarium. — M. Polaillon présente une poche kystique provenant d'une malade qu'il a opérée récemment. Il s'agissait d'un kyste du para-ovarium récidivant. Cette femme, après une variole, vit son ventre grossir ; on fit une ponction qui donna un liquide très clair. Elle devint enceinte, accoucha sans accident. La tumeur apparaissant de nouveau, M. Polaillon pratique l'ovariotomie, qui fut des plus simples et ne dura pas plus de vingt minutes. Il n'y eut aucun accident consécutif. Ce kyste contenait 7 litres de liquide. Cette observation montre qu'une simple ponction ne suffit pas toujours pour guérir les kystes du para-ovarium. M. Polaillon ajoute que, dans ces cas, l'ovariotomie est bien moins dangereuse que ne le serait l'injection iodée.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS

Séance du lundi 13 *avril* 1885. — Présidence de M. Huchard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu, mis aux voix et adopté.

La parole est à M. le secrétaire général pour le dépouillement de la correspondance.

La correspondance manuscrite comprend : 1° des lettres de remerciement de MM. Cadet de Gassicourt, Descroizilles, Barié, P. Lucas-Championnière, Dauchez, Godleski, Maygrier, Thuvien, Al. Renault, Nivert, Cadier, Pennel et Cesbron ; 2° des lettres de candidature de MM. Poulet (de Plancher-les-Mines), Blanquinques (de Laon) et Desplats (de Lille), sollicitant le titre de membre correspondant. M. Cyr est nommé rapporteur pour ces trois candidatures.

La correspondance imprimée comprend l'article *Paralysie générale*, par MM. Christian et Ritti, extrait du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales ; *le Plan de Paris* au point de vue de l'hygiène ; par le docteur Goyard ; un travail intitulé : *l'Anesthésie et les Dentistes* par le docteur David ; une brochure sur *les Dents* par M. Préterre ; cinq numéros de la *Revue médicale française et étrangère* et un numéro du *Bulletin médical du Nord*.

M. Rœser donne lecture de ses rapports sur les candidatures de MM. Gouguenheim, Alf. Martin et Yot. Les rapports concluent à l'admission des candidats. Les rapports moraux, présentés par M. Tripet, concluent dans le même sens.

M. le Président, au nom de la Société, adresse la bienvenue à MM. Descroizilles et Pennel, qui assistent pour la première fois à la séance.

M. Descroizilles remercie M. le Président et dit qu'il travaillera dans la mesure de ses forces à l'extension et à la prospérité de la Société.

La parole est à M. Barette, pour la lecture de son travail sur les **diverses variétés d'orchite consécutives au cathétérisme**. (Sera publié.)

M. Schwartz parle de la difficulté du diagnostic étiologique pour les orchites d'origine uréthrale.

Il cite le cas d'un jeune homme qui, dans le cours d'un traitement par la dilatation d'un rétrécissement qui tolérait le nº 18, eut à la suite d'un choc sur le testicule une épididymite au surlendemain d'un cathétérisme.

L'examen montra un épididyme douloureux, gonflé, sans aucune modification du côté du testicule.

Au point de vue pathogénique, M. Schwartz demande à M. Barette s'il a des faits prouvant que les lymphatiques des testicules sont pris de façon à ce qu'il y ait retentissement du côté des ganglions lombaires.

D'autre part, M. Schwartz ne croit pas que tous les cas puissent être interprétés par la lymphangite : il croit que l'orchite uréthrale est plutôt attribuable à une infection portée par des microbes spéciaux.

M. Reliquet dit que l'orchite traumatique se produit surtout chez des individus dont l'état général est déjà touché.

Chez les individus qui se sondent fréquemment et qui sont sujets à des constipations, on voit se développer un gonflement du côté du cordon : cette congestion peut être le point de départ de l'orchite sous l'influence d'un cathétérisme avec un instrument métallique. On éviterait ces accidents en attendant, pour le sonder, que l'individu ait été purgé.

Répondant à M. Schwartz, M. Barette exprime le regret que dans les autopsies faites jusqu'à ce jour, on n'ait pas poussé les recherches du côté de l'appareil ganglionnaire. Il y aura lieu de s'en occuper d'une façon particulière dans les autopsies à venir.

M. Reliquet signale une forme de terminaison par éjaculation qui vide totalement, en très peu de temps, le testicule et fait disparaître le gonflement.

M. Reliquet fait hommage à la Société d'un mémoire intitulé : *Les fistules uréthrales non urinaires.*

Ces fistules permettent au liquide injecté par l'orifice cutané de sortir par l'urèthre, et ne laissent pas l'urine passer par leur trajet.

Elles ont toujours pour point de départ l'abcès d'une glande périphérique de l'urèthre. L'ouverture de l'abcès fait com-

muniquer l'extérieur avec la cavité glandulaire ; celle-ci communiquant naturellement avec l'urèthre par le canal excréteur de la glande.

L'injection faite par l'orifice externe va à la glande par le trajet fistuleux, et de la glande à l'urèthre par le canal excréteur.

Normalement ce canal excréteur est disposé de telle façon que, l'urèthre étant dilaté par du liquide, l'urine, ses parois s'affaissent, s'appliquent l'une contre l'autre, et le liquide contenu dans l'urèthre ne peut pas y pénétrer.

Lorsque les parois du canal excréteur sont résistantes, ne s'affaissent pas, par exemple dans les cas d'inflammation aiguë ou chronique, l'urine contenue dans l'urèthre pénètre dans ce canal excréteur, va jusqu'à la glande et s'écoule à l'extérieur par le trajet fistuleux.

Ainsi, pendant les premiers jours qui suivent l'ouverture de la glande, on voit l'urine s'écouler par la plaie ; mais, dès que l'inflammation cesse l'urine ne passe plus.

Dans les cas d'inflammation chronique du canal excréteur, le passage de l'urine persiste ; et si la fistule se cicatrise de la glande à l'extérieur, il pourra se former dans la glande des calculs urinaires.

On ne peut donc plus conclure à l'existence d'une fistule urinaire parce que l'injection va de la plaie extérieure à l'urèthre, quel que soit le siège de l'orifice extérieur ; périnée, verge ou rectum.

Pour guérir ces fistules, il faut satisfaire aux trois indications thérapeutiques suivantes :

1° Maintenir libre le canal excréteur de la glande par les injections fréquentes faites par l'orifice extérieur.

2° Obtenir la rétraction exacte et complète de la poche de l'abcès sur la glande ;

3° La cicatrisation du conduit fistuleux de la glande à l'extérieur doit suivre la rétraction des parois de l'abcès sur la glande, et doit être systématiquement obtenue de la glande à l'extérieur.

M. le Président annonce à la Société que le nombre des membres titulaires est complété par les récentes élections.

M. Richelot fils est élu second Vice-Président.

M. Tripet est élu secrétaire général adjoint, et MM. Gouguenheim, Yot et Martin sont élus membres titulaires de la Société.

La séance est levée à 5 h. 3/4.

Dr Tripet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN.

Séance du 13 *avril* 1885. — Présidence de M. Ballay.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend, outre les journaux et publications périodiques :

Une lettre de M. le Dr de la Varenne, de Luchon, se portant candidat au titre de membre correspondant de la Société, et envoyant à l'appui de sa candidature un mémoire intitulé : **Note sur quelques cas d'aménorrhée traités à Luchon** (Commission : MM. F. Hue, Gauran ; Gendron, rapporteur.

COMMUNICATION. — **Arthrotomie du genou,** par M. CERNÉ.

Je désire relater en quelques mots un fait intéressant, dont il serait prématuré d'ailleurs de tirer des conclusions formelles. Le 31 mars est entré à l'Hôtel-Dieu un homme d'une cinquantaine d'années qui, dans une chute de 4 à 5 mètres de hauteur, s'est fait une fracture compliquée de la jambe gauche au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, et s'est brisé en même temps les deux radius. Occlusion de la plaie de la jambe ; immobilisation dans un appareil de Scultet ouaté à cause d'un épanchement sanguin abondant, appareils plâtrés aux deux avant-bras après réduction.

Le 3 avril, fièvre. L'ablation de la ouate collodionnée qui fermait la plaie laisse écouler un peu de pus orangé ; traînée de couleur ecchymotique sur le trajet des lymphatiques de la cuisse ; au côté interne du genou, crépitation gazeuse. Dès le lendemain toute la jambe est envahie par un phlegmon diffus, nombreuses incisions et drainage. Le 5 avril, le pourtour du genou étant rouge, sans que la rotule fût soulevée, la crépitation perceptible en dedans ayant augmenté, je fais une incision en dedans de la rotule, et en procédant couche par couche, je me convainc que les gaz siègent dans l'articulation que j'ouvre largement. Évacuation de gaz abondants et de sang liquide et putréfié. Lavage avec une solution phéniquée à 5 %, drains dans les culs-de-sac tricipital et latéral interne.

Le 8, on est obligé de retirer l'appareil plâtré du bras droit. Une inflammation diffuse s'est déclarée dans le foyer de la fracture (sans plaie), et depuis on a drainé un phlegmon diffus de la main et du poignet. — Une large eschare s'est aussi formée au sacrum.

Or pendant que ces phénomènes graves se sont déclarés chez un homme bien portant habituellement il est vrai, mais que nous soupçonnons entaché d'alcoolisme et qui a le foie un peu gros, l'articulation ouverte ne s'est pas enflammée. Nous ne savons si elle communiquait primitivement avec le foyer de la fracture, mais depuis l'arthrotomie, le trajet des drains paraît s'être isolé du reste de l'article et donne seul un peu de pus. Les phénomènes inflammatoires du membre inférieur se sont arrêtés.

C'est cette bénignité d'une arthrotomie pratiquée chez un homme en proie à une infection évidente qui m'a paru intéressante à communiquer. Le pansement antiseptique a été rigoureusement pratiqué, avec spray.

M. CAUCHOIS. Pas une fracture compliquée n'a eu d'issue fatale depuis deux ans, dans mon service où l'antisepsie est rigoureuse. Les érysipèles sont aussi extrêmement rares, et des érysipèles qui arrivent du dehors s'arrêtent quand on ap-

plique le pansement antiseptique aux plaies qu'ils compliquent.

Rapport sur la candidature du Dr Lainey au titre de membre titulaire, par M. F. A. Hue. — Les opérations ayant pour objet de remédier au strabisme sont de dates relativement récentes. On n'en trouve l'indication exacte qu'à partir de la première moitié de ce siècle où Stromeyer et Dieffenbach la mirent en évidence et imaginèrent la myotomie du muscle contracturé. Les résultats de ces premières tentatives furent médiocres et peu encourageants. A la myotomie, rapidement abandonnée, Bonnet (de Lyon) proposa de substituer la ténotomie que de Græfe perfectionna en dégageant la capsule de chaque côté du tendon.

Des notions plus exactes sur l'asthénie musculaire poussèrent Jules Guérin à pratiquer non plus la section du muscle le plus court ou de son tendon, mais le raccourcissement ou mieux l'avancement du muscle asthénié. L'avancement musculaire permettait déjà des corrections plus efficaces et plus maniables que la section du muscle opposé. C'est une variété, un perfectionnement de cet avancement musculaire que le docteur Lainey s'est proposé d'étudier, nous dirions presque de vulgariser, dans son travail inaugural qui porte pour titre : **De l'avancement capsulaire.**

Ce perfectionnement, pratiqué couramment à la clinique de M. de Wecker, où M. Lainey a pu l'étudier, résulte d'une connaissance plus approfondie de la capsule de Tenon. Aussi la description de l'opération est-elle précédée, dans l'ouvrage que nous analysons, par l'exposé succinct des découvertes les plus récentes sur l'anatomie de cette capsule.

L'efficacité de l'avancement capsulaire semble due en partie au jeu plus considérable donné au muscle par l'avancement de l'aileron fibreux qui lui serre de modérateur en s'insérant au pourtour de l'orbite. D'ailleurs, l'avancement d'un muscle peut être combiné avec la section de son antagoniste, ce qui permet la correction de déviations considérables. C'est surtout dans le strabisme paralytique que l'avancement capsulaire a produit ses effets les plus heureux, et ses résultats esthétiques sont sous tous les rapports supérieurs à ceux de la section simple.

Un résumé de 140 observations réunies en tableau à la fin du travail du Dr Lainey permet de se rendre compte facilement du progrès que comporte cette méthode sur celles qui l'ont précédée.

Élection. — M. le Dr Boyer (d'Elbeuf), est élu membre correspondant de la Société.

Le Secrétaire,
A. Cerné.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS
Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES

Par le Dr Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu.

TRAITEMENT DE L'HÉMATOCÈLE PÉRI-UTERINE.

Le traitement des hématocèles péri-utérines a été d'abord institué par Récamier. Ce praticien, ouvrant toutes les tumeurs fluctuantes du bassin, a soumis au même traitement les tumeurs sanguines, et cela, sans même avoir, au préalable, reconnu leur nature ; il a obtenu ainsi quelques guérisons. Cet exemple fut suivi plus tard par presque tous les chirurgiens, et notamment par Nélaton ; mais ce judicieux clinicien ne persista pas longtemps dans de tels errements, il reconnut bien vite la mauvaise influence de cette pratique, et ne tarda pas à s'abstenir, autant que possible, de toute opération.

D'après mon expérience personnelle, je pense, avec lui, qu'il est prudent de suivre, pour les hématocèles péri-utérines, les préceptes si sagement tracés par Velpeau pour les collections

FEUILLETON

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL SUR UN CAS D'ABLATION DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES (PÉNIS ET TESTICULES),

Par. M. le Dr Louis David.

Je soussigné L. David, docteur en médecine, résident à Givors, sur la réquisition de M. le juge de paix, me suis rendu à l'hospice de cette ville le 20 mai 1882, à neuf heures du soir, pour visiter le nommé P. Cho. . . , ancien mineur, âgé de 51 ans, lequel, en traversant un bois d'une commune voisine (Echallas), aurait été assailli, ce jour même, par trois individus qui, après avoir volé son argent (7 fr. 50), lui auraient amputé la verge et les deux testicules.

Il avait été trouvé, gisant dans un sentier du bois, par un habitant de Givors, qui, en venant d'Echallas, avait entendu des cris plaintifs. Les gendarmes l'ont ensuite fait transporter à l'hôpital de Givors.

J'ai trouvé le susnommé dans un état de refroidissement et de tremblement nerveux ; il paraissait souffrir beaucoup.

Il était complètement vêtu. Le *pantalon*, en toile bleue, ne tenait que

sanguines considérées en général, et de ne les ouvrir qu'à son corps défendant, en cas d'absolue nécessité seulement. Néanmoins, telles circonstances pourront se présenter qui rendront l'opération nécessaire, inévitable. Ainsi, la poche sera énormément distendue, elle menacera de se rompre, et alors il y aura lieu de redouter que l'ouverture spontanée ne se fasse, non pas dans un organe communiquant avec l'extérieur et par l'intermédiaire duquel le sang colligé pourrait être évacué au dehors, mais dans le péritoine ; ou bien la tumeur se sera enflammée et, par l'ensemble des signes généraux, l'on aura acquis la certitude qu'elle renferme non plus seulement du sang, mais un liquide purulent ; alors, et de toute nécessité, il faudra opérer.

Comment procédera-t-on ?

En général, il y aura toujours avantage à opérer par le vagin, à moins que la tumeur ne soit trop élevée dans l'abdomen et fasse une saillie considérable sous la peau, tout en étant fort éloignée des culs-de-sac vaginaux, de telle sorte qu'il y ait véritable danger ou difficulté réelle à l'attaquer par le vagin. Sauf ces cas exceptionnels, c'est surtout par ce conduit que je conseille d'opérer, et, suivant en cela les préceptes tracés par Huguier, je préfère user du trocart plutôt que du bistouri.

---

par un seul bouton, celui de la ceinture. Il était déchiré entre les jambes, suivant la couture médiane, sur une longueur de 25 centimètres d'avant en arrière, fortement imprégné de sang de chaque côté, aux parties correspondantes aux faces antérieure et interne des cuisses.

La *veste*, en drap noir, n'était pas déchirée et n'avait aucune trace apparente de sang ni sur les manches, ni ailleurs. Il en était de même du gilet et du tricot.

La partie antérieure et inférieure du corps de la chemise était rougie sur une large étendue par l'hémorrhagie. Le devant de la chemise, c'est-à-dire la partie découverte, ainsi que les manches, ne portaient pas de trace sanguine.

Le *chapeau* était fortement imprégné de vomissements vineux. On en remarquait aussi quelques traces sur la partie découverte du devant de la chemise. — Il peut être utile de dire en passant que des vomissements de même nature ont été trouvés, lors de l'expertise des lieux, sur le parcours que le blessé a fait après cette mutilation ; ce qui prouverait que les vomissements dont il s'agit ont eu lieu après la blessure, et ont dû être provoqués par celle-ci plutôt que par un état d'ivresse.

Cho... ayant été complètement déshabillé et mis au lit, j'ai procédé, en présence des autorités requérantes, à l'examen de la blessure et au pansement.

Un trocart de très gros calibre sert à ponctionner le point du vagin sur lequel l'hématecole fait le plus de saillie et où elle est le plus fluctuante; puis la canule du trocart est remplacée par une sonde en caoutchouc, ou, si l'on veut, laissée à demeure, mais avec cette précaution indispensable, que l'on introduise dans sa cavité une sonde terminée par un bout mousse, arrondi, afin d'empêcher les parois du kyste de venir se blesser, se déchirer elles-mêmes sur l'extrémité de la canule. Un tube à drainage fait le même effet. En laissant ainsi l'instrument en place, on permet au liquide de s'écouler peu à peu et de lui-même sans qu'il soit nécessaire de se servir des appareils aspirateurs. On doit surtout éviter de chercher à déterger la poche sanguine, en y pratiquant des injections ou des lavages prématurés, car cette pratique expose aux plus grands dangers ; j'ai vu une péritonite suraiguë se produire et donner la mort en quelques heures, à la suite d'une simple injection d'eau tiède, faite dans de semblables circonstances. Il faut donc attendre quelques jours avant de faire ces injections, auxquelles il devient utile de mêler, soit de la teinture d'iode, soit de l'alcool avec un peu d'acide phénique, afin de combattre la putridité. Si l'ouverture faite par le trocart n'est pas assez grande pour donner libre écoulement

---

Blessure. — Il y a eu amputation de la verge tout à fait à ras du pubis et ablation des deux testicules. Au lieu et place de ces organes, il n'existe plus qu'une plaie cruentée, en forme d'ovale allongé, ayant une direction légèrement oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Son point de départ est à 3 centimètres 1/2 au-dessus de l'orifice du canal de l'urèthre sectionné, et s'étend jusqu'à la région périnéale, à 9 centimètres environ de l'anus. Le grand diamètre de la plaie suit exactement la ligne médiane du pubis et du périnée ; il mesure 10 centimètres. Le diamètre transversal n'est que de 5 à 6 centimètres.

Les bords de la plaie présentent : 1° à droite, près de l'extrémité inférieure de l'ovale, un petit lambeau de peau de 1 centimètre 1/2 de longueur, formant un angle allongé dont la pointe est dirigée en haut; 2° du côté gauche, toujours près de l'extrémité inférieure de l'ovale, un lambeau cutané de près de 3 centimètres de long, sur 4 ou 5 millim. de large ; il est aussi étroit à sa base qu'à son extrémité libre, dirigée directement en bas ; à 3 centimètres 1/2 de l'extrémité supérieure de la plaie, et encore du côté gauche, existe une encoche de petite dimension.

La peau a été taillée nettement sur tous les autres points de la circonférence ovalaire. Les bords de la plaie s'étant rétractés et légèrement recroquevillés, la surface cruentée est un peu saillante, mais régulière. Abstraction faite des lambeaux insignifiants, quant à la dimension,

aux liquides morbides et à ceux provenant des injections, on peut, au bout de cinq ou six jours, l'agrandir avec un bistouri boutonné. Quand le foyer est ainsi ouvert, les forces de la malade doivent être relevées et soutenues par un régime réparateur et un traitement tonique.

Mais la ponction dont nous venons de nous occuper doit être réservée pour les cas exceptionnels. Comment devra-t-on se conduire dans les autres ? par quels moyens combattre le mal et se mettre en mesure d'éviter de recourir à cette ressource ultime et presque désespérée ? Le traitement, tout en étant expectant relativement à l'opération, est loin d'être inactif. Bien au contraire, on peut, je dirai même on doit, au moins dans les premières périodes de la maladie, agir avec énergie contre l'hématocèle. Les émissions sanguines, au début, sont extrêmement efficaces, surtout pour modérer la phlegmasie péritonéale qui est la conséquence inévitable de la présence du sang dans la cavité séreuse. Les émissions sanguines locales, par les ventouses, et préférablement par les sangsues, nous ont paru avoir plus d'efficacité et moins d'inconvénients que les saignées générales, qui ne doivent cependant pas être complètement proscrites.

---

et décrits ci-devant, la partie droite de la plaie est parfaitement symétrique avec la partie gauche. Les corps caverneux présentent un plan de section fort net ; étant doués d'une rétractilité considérable, ils se sont retirés profondément et se trouvent complètement perdus au milieu des tissus environnants qui les recouvrent.

A son arrivée à l'hospice, le blessé ne perdait plus de sang et je n'ai pas eu besoin de pratiquer de ligatures artérielles. Mais, le 24 mai, en faisant le pansemen du matin, une artère latérale des corps caverneux a donné lieu à une hémorrhagie qui m'a obligé de pratiquer une ligature. Le sang a jailli avec force sur ma manche droite, sur le devant de la chemise du blessé et contre le mur d'en haut, près de la tête du lit, qui a été ainsi largement maculé.

Ce fait m'autorise à répéter ce que j'avais dit déjà devant messieurs les magistrats instructeurs : si Cho... s'était mutilé lui-même, nous devrions vraisemblablement trouver du sang sur les manches de sa veste et, s'il n'avait pas sa veste, sur les autres vêtements de dessous, tricot ou chemise. Or, nous avons dit plus haut que les parties apparentes de ces vêtements ne portent aucune trace de sang. Les deux bras et avant-bras ayant été mis à nu ne présentent non plus aucune tache ·guine. Les faces dorsale et palmaire des deux mains sont légèrement lées par le sang, qui me paraît provenir du contact que les mains

Ces émissions sanguines doivent être renouvelées plusieurs fois et assez largement, surtout au début de la maladie et aux époques correspondant aux périodes menstruelles. Le ventre doit être tenu libre ; mais il faut se garder de recourir aux purgatifs drastiques, surtout à l'aloès qui, en congestionnant la partie inférieure du tube digestif, pourrait augmenter la tendance à l'hémorrhagie. On préférera les purgatifs salins comme le sulfate de soude ou de magnésie, l'eau de Sedlitz, de Birminstorff, de Hunyadi-Janos ou de Püllna, l'huile de ricin, et enfin le calomel à la dose de 75 ou 80 centigrammes, à condition de le faire prendre en une seule fois, le matin à jeun. On évitera aussi de donner des lavements, qui, en distendant le rectum comprimé par le kyste, deviendraient une cause de souffrances inutiles.

Les applications de glace sur le ventre peuvent être utiles pour arrêter l'hémorrhagie aussi bien que pour modérer la péritonite consécutive; dans ce dernier but, on pourra avoir aussi recours à l'enduit de collodionicine ainsi qu'aux onctions avec l'onguent napolitain belladoné.

La douleur devra être combattue par les divers narcotiques : injections émollientes, opiacées, lavements laudanisés, injections

---

du blessé ont dû avoir infailliblement avec les objets ou les parties ensanglantées. En tous les cas, les traces de sang n'ont pas été produites par un jet artériel.

Pansement.— Assisté, en dernier lieu, de mon confrère M. le docteur Gamet, nous avons procédé ensemble au pansement. Nous avons d'abord placé une sonde à demeure, ce qui nous a donné la certitude qu'il n'existait aucun rétrécissement au delà de la section du canal. En tirant suffisamment la peau sur les bords latéraux de la plaie, nous avons pu recouvrir complètement cette dernière et assurer la réunion par un certain nombre de points de suture.

J'ai examiné attentivement toute la surface du corps de Cho..., mais je n'ai pu découvrir aucune blessure. La tête, la face, le tronc, ainsi que les membres, ne portaient pas la moindre trace de violence récente, pas la moindre ecchymose. Les régions voisines de la blessure : le périnée, les faces interne et antérieure des cuisses, les plis de l'aine, le ventre, n'ont été atteints que par l'hémorrhagie.

Objets trouvés sur les lieux.—Le 21 mai, on m'a apporté à l'hôpital différents objets trouvés par les gendarmes et le juge de paix sur le lieu présumé du crime : un racloir, un marteau-hachette, une planchette, une paire de pantalons ; enfin, les organes sexuels amputés et des aiguilles.

sous-cutanées de morphine, opium ou chloral à l'intérieur, etc.

La diète, à laquelle les malades seront soumises les premiers jours, devra être promptement remplacée par un régime réparateur, surtout s'il n'y a pas de réaction fébrile. Alors on cessera les émissions sanguines et l'on pourra employer les révulsifs cutanés ; tout en se demandant si leur efficacité est bien réelle dans ces cas, et si la maladie une fois en voie de résolution, cette résolution ne se ferait pas aussi rapidement sans eux que sous leur influence. Les applications de compresses imbibées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque sont un moyen plus innocent, qu'on peut également conseiller en vue de favoriser cette résolution.

Les exemples de guérison solide et relativement rapide obtenue par ce traitement purement médical fourmillent maintenant dans tous les recueils scientifiques, et je pourrais facilement en augmenter le nombre par la relation des faits qu'il m'a été donné d'observer.



Le RACLOIR est rectangulaire ; il a 14 centimètres environ de longueur, et, approximativement, 6 de large, un bord tranchant assez bien affilé, et, au milieu de chaque bord latéral, un orifice de petite dimension. Il ne porte pas la moindre trace de sang. Sur l'une des faces existent seulement quelques taches de rouille qui paraissent récentes. Je n'admets pas que cet instrument ait servi à l'opération, ainsi que le prétendent les gendarmes, même leur lieutenant, qui explique l'absence des taches de sang, en disant que Cho... a pu laver l'instrument. Cho... dit qu'il ne lui appartient pas.

Le MARTEAU-HACHETTE, reconnu par ce dernier comme lui appartenant (presque tous les mineurs ont un instrument semblable), ne présente pas non plus de taches du sang. Il coupe assez bien d'un côté, mais il n'a pu servir à une amputation de ce genre.

La planchette, en bois de verne, porte des traces de sang sur une face seulement. Ce morceau de bois, selon l'explication des gendarmes, a-t-il servi de support, sur lequel Cho..., à l'aide du racloir et du marteau, aurait d'un seul trait coupé tous les organes génitaux externes ? La forme, la situation et la direction de la plaie, ainsi que l'existence des lambeaux dirigés en sens opposé décrits précédemment, m'empêchent formellement d'admettre cette hypothèse. La direction de ces pe-

REVUE PROFESSIONNELLE.

L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES

Réponse à M. le Dr Max. Legrand.

Mon cher Rédacteur,

Je suis heureux que vous vouliez bien servir d'intermédiaire entre mon savant et distingué confrère M. Maxime Legrand et moi, pour l'échange de notre correspondance sur l'Inspectorat des eaux minérales, et je vous en remercie.

Je n'abuserai pas, du reste, de vos colonnes, car mon très honorable correspondant prêche presque un converti et sa haute compétence en ces matières n'aura pas beaucoup de peine à faire de moi un néophyte.

Cependant, je prendrai la liberté de soumettre encore à mon maître ès sciences hydrologiques quelques points sur lesquels plus d'un médecin conserve comme moi des doutes qu'il serait bon d'éclaircir.

Avant tout, cependant, je résumerai les conclusions du Conseil d'Hygiène à propos de la place d'inspecteur de la Station de N. dont il a été question dans le numéro du 12 avril de votre excellent journal.

---

tits lambeaux prouve suffisamment que dans le cours de l'opération l'instrument n'a pas toujours été dirigé dans le même sens.

Les pantalons en toile, semblables à ceux dont était revêtu le blessé, étaient fortement imprégnés de sang ; ils avaient aussi été déchirés au milieu des jambes suivant la couture médiane ; les deux pantalons étaient tout à fait séparés. Cho... dit que cette déchirure, ainsi que celle des pantalons qu'il avait à son arrivée à l'hospice, ont été faites par les trois assaillants. Il portait sur lui, l'un sur l'autre, les deux paires de pantalons. Après l'opération, lorsqu'il est revenu à lui-même (il dit avoir perdu connaissance), se trouvant tout seul, il avait voulu enlever les pantalons de dessus qui étaient trop ensanglantés et plus déchirés que ceux de dessous.

Les testicules et le pénis se tiennent ensemble (1). Ce dernier est assez volumineux ; il ne porte pas de traces d'autres blessures, si ce n'est une cicatrice blanche non indurée formant à l'extrémité du gland une excavation légère, au milieu de laquelle on voit le méat urinaire, passablement rétréci. La face inférieure de la verge présente aussi une surface

(1) Ils ont été trouvés au pied du tronc d'un vieux chêne près duquel l'opération avait eu lieu. Ils étaient cachés entre deux racines, légèrement recouverts de feuilles mortes et de terre.

Le Conseil, sur le rapport de M. le Dr D., et à la très grande majorité des voix, a porté en 1re ligne le Dr I..., celui-là qui précisément avait été ou était encore créancier d'un des établissements thermaux de la station, pour en être le *médecin inspecteur.*

Nous sommes dans votre salon, mon cher rédacteur, et je demande à mon honorable confrère: 1° Pourquoi le conseil d'hygiène, qui comprend, en dehors de l'élément administratif, des médecins de haute valeur, que nous connaissons tous, n'a-t-il pas compris ni voulu comprendre l'esprit de la loi, et pourquoi s'est-il attaché à la lettre, en acceptant un transport de créance, comme un désintéressement de la part du créancier, alors même que, par sa lenteur, le conseil lui-même avait favorisé ce transfert ?

Depuis, un heureux changement de ministère s'est produit, et le nouveau ministre du commerce, frappé de ce qu'avait d'irrégulier une telle situation, a refusé de signer une nomination si évidemment contraire à l'esprit de la loi.

2° Ne vous semble-t il pas, à vous, mon cher rédacteur, ainsi qu'à mon très honorable confrère d'Aix-les-Bains, que le ministre a raison sur les médecins et qu'au lieu de prendre sur la liste du comité un autre nom, il vaudrait mieux, dans une situation qui sera toujours très tendue quel que soit le titulaire, supprimer pure-

---

décolorée ayant à peu près les dimensions d'une pièce de 50 centimes, qui a l'aspect d'une autre cicatrice. Au sujet de ces deux cicatrices antérieures, Cho... déclare qu'elles proviennent de brûlures faites dans les mines, il y a cinq ou six mois. Faut-il admettre cette version, ou bien dire que ces cicatrices sont les traces de chancres anciens ? La question est difficile à résoudre. Le fait est que sur la cuisse gauche, il existe plusieurs autres cicatrices semblables que le blessé attribue aussi à des brûlures faites dans les mines où il a, dit-il, travaillé pendant quarante ans environ. Quoi qu'il en soit, je n'ai pas découvert chez cet homme d'indices certains de syphilis.

Les testicules sont d'assez grosse dimension ; ils paraissent sains et n'ont pas été lésés par l'instrument tranchant.

La surface sectionnée a été étudiée par M. le docteur Coutagne, médecin au rapport, lequel a emporté à Lyon les organes amputés ; il a aussi été chargé de décrire l'état des lieux.

Examen de l'état mental.— Les facultés intellectuelles sont peu développées, mais elles ne sont pas perverties. Depuis son entrée à l'hospice, Cho... a toujours répondu avec sens aux questions nombreuses qui lui ont été posées et n'a jamais varié dans les détails qu'il donne relatiment à l'attentat dont il aurait été l'objet, comme aussi au sujet d'autres questions. Il est calme, un peu triste et parle peu ; il y a chez lui

ment et simplement l'inspecteur dans la station de N..., en attendant qu'on le supprime partout ?

J'arrive aux considérations touchant la conservation de l'inspectorat, après avoir parlé dans le sens de sa suppression.

Ici je reconnais toute la valeur des arguments fournis par mon savant contradicteur.

D'ailleurs, nouveau venu dans la pratique hydrologique, je suis loin d'avoir l'expérience qu'il possède sur les avantages et les inconvénients de l'inspectorat.

Je constate, comme lui, que l'existence des inspecteurs locaux n'empêche pas les adultérations d'eaux minérales, et j'ai pu constater *de visu* l'addition de gaz acide carbonique à l'aide d'un appareil installé *coram populo* dans une eau qui se vend à Paris par cinq cent mille bouteilles par an, pour ne pas dire plus, et que l'Inspecteur de la station où se fait ce trafic, heureusement peu préjudiciable à la santé, n'est peut-être jamais allé vérifier, occupé qu'il est par ses bains et sa consultation personnelle.

Mais de ce qu'un inspecteur fait mal son service, s'en suit-il que l'inspectorat en général soit défectueux ? Où en serions-nous *bone Deus* si la crainte du gendarme n'existait pas ? Et qu'est-ce qu'un inspecteur pour l'industriel si ce n'est un gendarme ? à moins que ce ne soit un copain...

---

une dépression générale qui peut s'expliquer par l'opération qu'il a subie.

Il ne sait ni lire ni écrire. Il dit n'être allé que pendant un mois à l'école, parce qu'il avait mauvaise mémoire.

Au point de vue des sentiments, je tiens de sa sœur et de lui-même également qu'il aime beaucoup ses parents et qu'il a fait pour eux tous les sacrifices possibles. Il n'a jamais quitté sa mère tant qu'elle a vécu, et il lui servait de soutien. Il est très sensible et impressionnable. Pendant tout le temps qu'il a travaillé dans les mines (40 ans) on n'a eu qu'à se louer de lui.

Sa sœur affirme qu'il n'a jamais fait d'excès alcooliques ; cependant elle s'accorde à dire avec son frère que le dimanche il buvait quelquefois un coup de trop, et qu'il buvait en moyenne trois bouteilles de vin par jour : une à chaque repas et une troisième pendant son travail.

D'après lui et même d'après sa sœur, il n'était pas porté pour les femmes, à tel point qu'il n'aurait jamais eu aucune relation sexuelle avec elles. Il ne serait pas épileptique ; il n'aurait jamais donné de signe de folie, ni manifesté des idées de suicide. Les maladies mentales seraient inconnues dans sa famille.

Depuis quelques jours, sa blessure paraît le préoccuper beaucoup. Le 26 mai, il a demandé à la voir dans la glace ; puis, dans la journée,

Il est vrai, comme vous le dites, mon cher collègue, après l'éminent inspecteur général du service de santé de la marine, que « dans les grandes stations, où les propriétaires d'eaux sont de véritables potentats, il devient *impossible d'exiger de l'inspecteur qu'il contrôle leurs actes......* »

Ils onttrop besoin de les ménager pour cela. Aussi je vous passe les inspecteurs des grandes stations et j'en fais volontiers le sacrifice.

Il y aura toujours là, près des sources, un nombre suffisant de confrères pour les besoins des malades.

Mais les petites stations, dont les sources, pour avoir moins de réputation parce qu'on leur a fait moins de réclame, ne sont souvent pas moins bonnes que celles des stations en vogue, croyez-vous pouvoir vous passer aussi facilement d'un médecin ? La plupart du temps il n'y en aurait pas du tout, si par un titre qui flatte leur amour-propre on ne pouvait les y attirer. C'est souvent là le plus clair de leurs bénéfices.

Là, il y a souvent plusieurs petits propriétaires peu fortunés, et si l'idée d'une adultération quelconque des eaux minérales devait surgir quelque part, ce serait plutôt dans l'une de ces petites stations que dans les grands Etablissements dont nous parlions tout à

---

il aurait pleuré. Il craignait d'abord de ne pas se guérir ; s'il guérissait, d'être ridiculisé plus tard.

État de santé physique.— Cet homme, d'une taille ordinaire, paraît robuste et bien constitué ; il porte néanmoins le teint anémique des mineurs.

Les fonctions de la circulation et de la digestion sont tout à fait régulières. La vue est faible, ce qui l'aurait obligé de quitter le travail des mines. A l'aide de l'opthalmoscope, on découvre des troubles cristalliniens de chaque côté. Je n'ai pas constaté des symptômes de paralysie générale. La parole n'est pas embarrassée ; pas de mouvement fibrillaire de la langue ; pas de tremblement des membres. S'il y a de l'alcoolisme, il n'est pas apparent.

Aujourd'hui, 31 mai, la plaie est dans un état avancé de cicatrisation. La partie médiane s'est réunie par première intention.

Conclusions. — 1° L'ablation des organes génitaux externes, subie par Cho... dans la journée du 20 mai, constitue une blessure grave, fort dangereuse d'abord par l'hémorrhagie, et en outre par les complications qui auraient pu s'en suivre ;

2° Cette amputation a dû être exécutée par une main assurée à l'aide d'un instrument fort et bien tranchant qui n'a pas toujours été dirigé dans le même sens dans le cours de l'opération ;

l'heure. Puis il y a beaucoup de pauvres dans ces petites stations, et ne serait-il pas cruel de les priver d'un médecin ?

Enfin, mon cher confrère, pour répondre à ce dont se plaint M. P. Gautier dans son rapport de la commission des eaux minérales à l'Académie de médecine, à savoir que les inspecteurs négligent leurs devoirs « au point de ne *pas même remplir les colonnes du questionnaire* que le ministère leur envoie chaque année », je dirais à l'administration :

Vous avez de nombreux candidats dès qu'une place d'inspecteur devient vacante ; au lieu de nommer un médecin souvent sans grande valeur ou un homme âpre à la clientèle, mais qui aura été chaudement appuyé par les députés de la région qui ne craignent pas de faire d'une chose scientifique une affaire de réclame électorale (je tiens des noms et des faits à votre disposition), choisissez un candidat par un concours sur titres, en dehors des médecins de la région, et si, dans de telles conditions, cet inspecteur ne faisait pas bien son service, ne craignez pas de le révoquer pour en nommer un autre de la même façon, et bientôt vous aurez purgé l'inspectorat des paresseux et des non valeurs.

Quant aux inspecteurs régionaux, il me semble que les arguments que vous invoquez en leur faveur sont plus spécieux que réels, car le général qui inspecte un régiment a le colonel et les autres offi-

---

3° Le sieur Pierre Cho... ne me paraît pas atteint d'alcoolisme, et malgré une observation minutieuse depuis son entrée à l'hospice il n'a présenté aucun symptôme d'aliénation mentale.

4° Plusieurs faits réunis, relatés dans le présent rapport, savoir la situation, la régularité symétrique de la blessure, l'absence de traces de sang sur certaines parties apparentes des vêtements, la déchirure des pantalons, l'intégrité de la raison, me portent à croire, sans toutefois pouvoir l'affirmer, que Pierre Cho... n'est pas l'auteur de cette amputation.



OUVRAGES REÇUS

Le *Journal de Médecine de Paris* a reçu :

A system of practical medicine by american authors, par William PEPPER. Vol. I. Pathology and general diseases. Philadelphie, Lea Brothers, 1885.

ciers de ce régiment pour les détails du service. Il en est de même pour le trésorier-payeur. Mais peut-être bien pourrait-on créer, au-dessus des Inspecteurs actuels, des Inspecteurs généraux qui auraient la surveillance sur les premiers, dans une région thermale déterminée :

Seulement je verrais à cela trop de complications et une aggravation de nos charges budgétaires, car ces inspecteurs régionaux, il faudrait les payer, tandis que les inspecteurs actuels du moins ne coûtent rien à l'Etat.

Si maintenant, mon cher collègue, vous évoquez la question philosophique, si vous faites appel à mon libéralisme contre le maintien d'un privilège, oh, alors! je serai complètement avec vous et je dirai :

1° S'il est démontré que les inspecteurs soient utiles à quelque chose, qu'ils soient nommés au concours et non pas par l'intrigue et la faveur ministérielle. C'est *antidémocratique*.

2° Si, au contraire, comme c'est l'avis à peu près unanime aujourd'hui, ils ne rendent *service qu'à eux-mêmes*, qu'on en finisse de suite avec l'inspectorat et qu'un coup de balai nettoie la place.

D[r] E.



REVUE CLINIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS OSSEUSES DE LA SYPHILIS TERTIAIRE. — DE L'OSTÉOMYÉLITE DES OS LONGS,

Par le D[r] Michel Gangolphe, ex-chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

L'auteur divise son travail en deux chapitres. Dans le premier il décrit l'anatomie pathologique de l'ostéomyélite gommeuse des os longs, il s'appuie sur deux observations personnelles et sur des faits rapportés par d'autres observateurs. Le second est consacré au rôle étiologique et pathologique de l'ostéomyélite gommeuse dans les fractures attribuées à la syphilis.

Chapitre 1er. L'ostéomyélite gommeuse se présente avec des caractères assez constants pour qu'on puisse tenter de la différencier des autres formes d'ostéite. Le plus souvent multiples

les foyers d'ostéomyélite gommeuse envahissent non seulement plusieurs segments du squelette, mais se présentent souvent disséminés sur le même os dans la substance médullaire, dans le tissu spongieux.

Il est difficile de préciser leur siège le plus fréquent; elles paraissent cependant occuper à peu près aussi souvent le canal médullaire que le tissu spongieux des épiphyses. Cette difficulté vient de la rareté des autopsies, et de ce que, dans ces cas, les recherches ont porté sur des points trop limités, ces lésions centrales évoluant d'une façon latente et ne provoquant pas à la périphérie des modifications capables de fixer l'attention.

Le *syphilome médullaire* ou épiphisaire est *circonscrit* et *diffus*. Le premier peut rester complètement latent; le second détermine dans les parties voisines les modifications suivantes:

Syphilome diffus, périmètre de la diaphyse doublé ou triplé, infiltration gommeuse des parties molles de la région ; muscles habituellement atrophiés. Le tissu fibreux intermusculaire, épaissi, scléreux. Le périoste très épaissi tantôt se détache facilement. tantôt ne peut se séparer du tissu osseux ; une substance d'abord gélatineuse, plus tard caséeuse leur est interposée dans les parties planes ou déprimées.

Dépouillé de son périoste, l'os apparait perforé, vermoulu; les perforations quelquefois considérables sont de véritables vestibules où viennent s'ouvrir des orifices plus petits.

Dans une coupe parallèle au grand axe d'une diaphyse, on constate que l'os hypérostosé jusqu'à l'éburnation en certains points est extrêmement raréfié ailleurs. Parsemé de lacunes, il est parcouru par des tunnels qui mettent en communication la substance gommeuse *sous-périostique* déjà décrite avec le néoplasme médullaire. Il est alors d'une fragilité telle que le moindre effort suffit pour le fracturer. Cette raréfaction du tissu dans l'exostose syphilitique a été signalée déjà par Cornil et par Poullet, dans les exostoses crâniennes.

Ce mélange d'éburnation et de raréfaction semble à l'auteur caractéristique de la lésion syphilitique ; il en est de même pour lui de la coloration du produit morbide qui, gélatineux et *rosé* au début, devient plus tard caséeux et *jaune d'or*. Ces caractères ont également été déjà décrits par les auteurs (voir entre autres la communication du Dr Fournier à la Société mé-

dicale des hopitaux, 28 mars 1880). Sans cause occasionnelle, la suppuration est rare, et la sécheresse de ces lésions est remarquable. La nécrose s'observe rarement.

Syphilome circonscrit. Il se présente dans la moelle sous forme de manes arrondies de volume variable à foyer central de ramollissement. Dans les épiphyses les lésions sont à peu près identiques.

Histologiquement les lésions sont à peu de chose près semblables à celles constatées par Cornil et Lancereaux, dans les lésions gommeuses des os du crâne et de la face. La moelle présente d'abord une trame fibrillaire, adénoïde par place, fibreuse ailleurs, puis le cytoblaction de Robin, puis au centre une substance granuleuse amorphe remplaçant le tissu fibrillaire, de plus en plus délié. Le système vasculaire n'est pas altéré. Dans le tissu spongieux, le même tissu adénoïde prend la place des cellules adipeuses des espaces médullaires.

S'appuyant sur le rôle joué dans l'hémopoëze par la moelle osseuse, l'auteur arrive à considérer les lésions de l'ostéomyélite comme comparables à celles qui atteignent la rate, les ganglions.

A la suite de 30 observations de fractures attribuées à la syphilis l'auteur conclut ainsi:

La syphilis tertiaire rend les os plus fragiles par ses manifestations locales; l'existence d'une atrophie, d'une raréfaction générale du squelette est encore à démontrer. Il n'existe sur cette question aucune donnée suffisamment précise.

D^r Le Pileur.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

DES APPLICATIONS NOUVELLES A LA THÉRAPEUTIQUE PENDANT L'ANNÉE 1884.

(*Suite et fin.*) — *Voir les numéros précédents.*

Tourbe. — C'est à Kiel que l'on a fait les premiers pansements avec la poussière de tourbe : le pansement se fait avec deux sachets de gaze, remplis de poussière brute de tourbe, dont on entoure la plaie, et qu'on y fixe au moyen de bandes de gaze. Ce pansement est laissé en place jusqu'au jour de la guérison présumée.



D'après Neuber, la tourbe possède des propriétés antiseptiques. Sa porosité favorise une évaporation très rapide des parties liquides des secrétions. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Traumaticine. — Auspitz recommande dans le psoriasis, le procédé qui consiste à badigeonner le psoriasis avec de la traumaticine, contenant un dixièm d'acide chrysophanique.

La traumaticine est une solution de gutta-percha dans du chloroforme. On met 10 grammes de gutta-percha dans 90 grammes de chloroforme. Au bout de 24 heures, la gutta-percha est complètement dissoute on ajoute alors 10 grammes d'acide chrysophanique à la solution.

On peint les plaques de psoriasis avec cette préparation, et on laisse sécher ; il se forme une couche de gutta-percha contenant de l'acide chrysophanique, qui permet aux malades de vaquer à leurs occupations.

Tous les deux jours, on renouvelle la couche médicamenteuse. On voit bientôt se former le cercle érythémateux de l'acide chrysophanique, et d'après les résultats observés dans le service du Dr Besnier, les plaques de psoriasis semblent disparaître avec une grande rapidité. (*Journal de médec. de Paris*, vol. VI, page 1282.)

Trinitrine ou **nitroglycérine**. — Les travaux de Huchard, de Potain et de Herard ont démontré que le summum d'action thérapeutique de la trinitrine, était dans son application à la cure de l'angine de poitrine. C'est un médicament vaso-dilatateur, qui non seulement sera utile dans l'angine de poitrine résultant d'une ischémie du muscle cardiaque, mais encore dans toutes les affections de l'aorte, qui produisent de l'ischémie cérébrale (rétrécissement et insuffisance).— La trinitrine sera employée avec avantage dans la chlorose très intense, dans les névralgies de cause anémique chez certains hypochondriaques, où les troubles vaso-moteurs par leur exagération amènent une véritable anémie cérébrale. (Dujardin-Beaumetz.)

Les différentes manières d'administrer la trinitrine sont : soit une solution alcoolique diluée donnée à l'intérieur, soit l'injection hypodermique. On peut formuler :

Solution alcoolique de trinitrine au centième.	30 gouttes
Eau distillée..............................	300 grammes

Une cuillerée à bouche le matin, à midi, le soir.

Par voie sous-cutanée, on se sert de la solution suivante :

Solution alcoolique de trinitrine au centième.	30 gouttes
Eau distillée de laurier cerise...............	10 grammes

La seringue contient trois gouttes de trinitrine. — La dose ordinaire sera de une à trois gouttes. (*Bulletin général de Thérapeutique*, 15 Août 1884).

Valériane. — Le Dr Martel, de St-Malo, ayant employé l'injection de

Valériane comme topique, a vu disparaitre rapidement les douleurs intenses d'un traumatisme grave. Selon lui, la valériane, employée comme médicament d'usage externe, serait un moyen populaire parmi les populations rurales.

Veratrum viride. — Le Dr R. B. Harris, de Savannah, cite trois observations de tétanos guéri à la suite de l'emploi d'extraits fluides de vératrum viride et de gelsemium (*The New-York med. Record.*, Juillet 1884.)

La prescription est :

Extrait de Veratrum viride................	0,06 centigrammes
Extrait de Gelsemium....................	0,18 centigrammes

Dix gouttes dans un peu d'eau de 4 en 4 heures.

Verbascum thapsicum. — L'action du bouillon blanc (grande molène) a été étudiée dans la phthisie par le docteur Quinlair (*British med. Journal*). Ce médicament est employé en Irlande dans le traitement de la phthisie. On fait bouillir 30 grammes de feuilles sèches ou fraîches, dans une pinte de lait, pendant 10 minutes ; on donne l'infusion avec ou sans sucre deux fois par jour. Le goût en est doux, mucilagineux.

On donne aussi le jus de la plante fraîche mêlé avec la glycérine.

L'infusion diminue la toux et la rend plus facile, elle diminue la diarrhée et la dyspnée ; elle n'agit pas contre les sueurs nocturnes.

Le médicament ne diminue pas la perte en poids.

Au début, et dans la période prémonitoire, la molène produit une augmentation de poids.

L'infusion lactée semble agir comme l'huile de foie de morue. (*Paris médical*, 28 Juillet 1883.)

Verveine (cigarettes de). — Le meilleur moyen de calmer la toux des phthisiques serait, suivant le Docteur Quinlair, de leur faire fumer une cigarette préparée avec les feuilles sèches de verveine. Ce moyen lui aurait donné de bons résultats chez un grand nombre de malades (*British medical Journal*, Avril 1884.)

Virginia. — Nouvelle matière grasse naturelle. La virginia est le résidu de la distillation du pétrole ; elle est demi-transparente, de couleur jaune, d'apparence graisseuse, offrant une belle fluorescence bleue lorsqu'elle est fondue. Elle fond à 47°, est liquide à 50° et se solidifie de nouveau à 46°. Elle est entièrement volatile, sans acide et n'absorbe pas l'oxygène ; elle supporte l'élévation de la température sans rancidité. — Analogue à la vaseline, on pourrait en pharmacie la substituer à l'axonge. (Delpech.)

Xérophagie (Régime sec). — Le Dr Huchard expose les indications

du Régime sec dans les maladies de l'estomac et principalement dans la dyspepsie des liquides. Ce régime consiste dans « l'abstention aussi complète que possible de toute espèce de boisson, de tout aliment ou médicament liquide ». On a recours aux potages variés, mais épais, aux viandes rôties, ou bouillies, aux poissons, œufs ou légumes, et aux fruits non aqueux. Le malade ne doit ingérer qu'un verre de boisson aux repas.

Fonssagrives avait donné à ce régime le nom de Xérophagie.

Zinc (Sulfite de). — Le Dr Louis Duhring (*The medical News*, Nov. 1883) attire l'attention du corps médical, sur la valeur des lotions au sulfite de zinc, dans le traitement du lupus érythémateux ; elles sont utiles dans les formes superficielles inflammatoires de la maladie, que les îlots néoplasiques soient discrets ou confluents, d'origine récente ou ancienne.

La lotion consiste en un mélange à parties égales de 0 gr. 25 à 0 gr. 75 de sulfate de zinc et de sulfure de potassium, dans 30 grammes d'eau avec addition d'alcool q. s.

La formule habituelle est :

Sulfate de zinc............. ..	ãã 1 gr. 80 centigr.
Sulfure de potassium............	
Eau de roses..................	1 — 20 —
Alcool........................	10 —

L'éther peut être ajouté à l'alcool.

Si la solution est bien supportée, on pourra augmenter la dose des substances actives de 4 grammes par 20 grammes d'excipient. On applique le topique soit à l'aide d'un linge fin ou d'une éponge que l'on laisse en place de 5 à 20 minutes. Les lotions peuvent être répétées 2 ou 3 fois dans les 24 heures ; elles doivent être précédées de lotions savonneuses (savon doux).

L'auteur a été amené à employer ce médicament à la suite des services qu'il lui a rendus dans les cas de séborrhée de la face.

(Traduit de l'Anglais par le Dr L. Deniau, *Bull. de Thérapeutique* Mai 1884.)

Un mot seulement pour terminer : nous espérons que vous avez été comme nous, heureux d'entendre, dans le cours de ce rapport, citer les travaux de plusieurs de nos collègues.

L'énumération des travaux de MM. Delthil, Duchesne, Gillet de Grandmont, Delpech, Limousin, Le Bon, Ferdinand Vigier, Brochin, de notre vénéré collègue le Dr Lucien Boyer, pour ne citer que les plus autorisés, n'a pu vous laisser indifférents et vous a prouvé que la Société de Médecine Pratique sait tenir le rang auquel nos prédécesseurs l'ont élevée.

Dr Campardon.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement du choléra pendant la période algide, *(Il cholera, cura del periodo algido)*, par le Dr Georges Rigoletti, médecin à San-Giorgio Canavese (Typographie Roux et Favale, Turin 1885).

Ayant trouvé très intéressant ce travail de mon savant confrère italien, et estimant que l'on ne connaîtra jamais assez de remèdes pour combattre un fléau redoutable qui, hélas! ne vient que trop souvent nous visiter, j'ai traduit cette brochure à votre intention, et je vous adresse un extrait de cette note clinique qui préconise une nouvelle méthode de traitement très simple et qui paraît avoir réussi surtout dans la dernière épidémie cholérique de Naples, avec prière, si vous le jugez utile, de vouloir bien la reproduire et la vulgariser dans les colonnes de votre excellent journal.

Le Dr Rigoletti attribue les principaux syptômes de la période algide du choléra, tels que : l'abaissement de la température extérieure du corps, la cyanose, l'altération des traits, la soif inextinguible, l'anurie, la gêne de la respiration, la voix éteinte, la constriction de l'épigastre, le hoquet, les vomissements, les crampes musculaires, la petitesse du pouls, la prostration des forces, le collapsus général et la paralysie envahissante du cœur, etc., il les attribue, dis-je, *à un manque de la quantité normale d'eau qui fait partie intégrante du sang et des tissus*, altération produite par les innombrables déjections (vomissements et diarrhée) auxquelles sont sujettes la plupart des personnes atteintes de la maladie, à son début. Deux indications essentielles répondent à cette symptomatologie :

1° Restituer aux tissus leur eau, et le sérum normal au sang, afin que celui-ci, fluidifié, puisse reprendre ses fonctions ; 2° exciter les forces nerveuses, et stimuler l'énergie du cœur. Pour remplir ces indications, le Dr Rigoletti propose le *bain chaud contenant de l'ammoniaque et de la cendre de bois* (il bagno caldo medicato con ammoniaca e con cenere di legno).

Ce bain chaud se compose, *d'eau à la température de 38° à*

40° centigrades, d'un *litre d'ammoniaque liquide*, et de 10 *kilogr. de cendres de bois*; la durée de ce bain est de 15 à 25 minutes. On peut le renouveler dans la même journée et plusieurs jours de suite, selon les cas. Pour éviter les vapeurs ammoniacales, on recouvre la baignoire de linges, de manière à ne laisser que la tête dehors; à la sortie du bain, on enveloppe le malade avec des linges chauds pour favoriser et maintenir la réaction; on peut pratiquer aussi des frictions simples avec de l'alcool camphré, et on administre des infusions aromatiques de camomille avec du rhum, etc. Si la réaction devient trop violente, on la modère avec les moyens ordinaires.

L'efficacité de ce bain est d'autant plus prompte, que la période algide du choléra est moins avancée.

D'après l'auteur, ce bain, en développant son action primitive sur le réseau nerveux de la peau, redonne à celle-ci les conditions biologiques nécessaires à l'absorption. L'eau et les substances *alcalines* qui le composent, étant absorbées, réparent les déperditions du sang et des tissus; elles restituent au sang sa réaction alcaline qui tend à devenir acide quelque temps avant la mort; de plus, l'ammoniaque, dont on connaît l'action favorable pour combattre l'empoisonnement produit par le virus de la vipère, exciterait puissamment le système nerveux vaso-moteur, relèverait les forces nerveuses ainsi que l'activité du cœur menacé de paralysie. Le Dr Rigoletti n'hésite pas à conseiller sa méthode, même dans les cas les plus graves, parce qu'il croit que c'est le meilleur moyen d'amener la *réaction* qui est, en définitive, le but final auquel tend le clinicien; on pourrait d'ailleurs, dit-il, dans les cas désespérés, augmenter la quantité d'ammoniaque dans le bain et aider l'action de celui-ci avec des injections hypodermiques d'éther, de caféine, de strychnine, et surtout avec des inhalations d'oxygène. Il croit que son traitement vaut mieux que les injections intra-veineuses d'eau salée chaude du Dr Hayem, ainsi que les injections sous-cutanées d'eau chaude alcalinisée du Profr Cantani, parce que ces deux dernières méthodes ne sont utiles que lorsque l'absorption est encore possible, tandis que son traitement par le bain chaud alcalinisé, outre qu'il est plus pratique et mieux accep-

té par les malades, a principalement pour objectif de rétablir l'*absorption*.

Cette méthode a d'ailleurs été essayée par l'auteur dès l'année 1867 ; mais c'est surtout dans l'épidémie de l'année dernière, que sur l'ordre de S. M. le roi d'Italie, son emploi a été généralisé au Lazaret militaire des *Granili*, à Naples, avec succès ; voici, à ce sujet, les conclusions textuelles d'un rapport officiel sur la méthode en question :

« 1° Le bain chaud alcalanisé administré au commencement « de la période algide, excite la circulation périphérique et « active la puissance de la réaction.

« 2° Les forces nerveuses se relèvent ; le malade sent un « bien-être tel que plusieurs fois par jour, il réclame un nou- « veau bain ; la constriction de l'épigastre diminue et dispa- « raît.

« 3° Le pouls bien souvent imperceptible se relève peu à peu « dans le bain et se développe ; les traits tirés et hippocrati- « ques de la face deviennent plus réguliers et parfois le visa- « ge devient enflammé. L'anurie a presque toujours cessé « dans le bain.

« 4° La diarrhée continue, mais les vomissements et le ho- « quet disparaissent avec l'usage du bain.

« 5° Les exhalaisons ammoniacales excitent la toux et gê- « nent la respiration ; raison pour laquelle il faut couvrir la « baignoire ; néanmoins l'action de ces exhalations rendent « fortes et intelligible la voix qui était rauque et éteinte. En « somme, le bain chaud alcalinisé est un puissant moyen thé- « rapeutique durant la période algide du choléra ; ses effets « sont les plus constants (page 13). »

Le Dr Rigoletti termine sa brochure en disant que, avec son bain, la réaction a toujours été *très prompte*, en moins de 25 minutes d'immersion, *complète* en faisant disparaître tous les symptômes algides, et *constante*, puisque sur 23 cholériques algides, elle n'a fait défaut qu'une fois; il le considère comme le *remède* de la période algide du choléra, d'une *action très rapide* et d'une efficacité surprenante.

Dr Laissus,
Médecin-Inspecteur des eaux thermales
de Salins-Moutiers (Savoie).

FORMULAIRE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de l'épilepsie.

Un médecin belge a écrit qu'on a beaucoup trop abusé du bromure de potassium qui, à la dose de 15 à 20 grammes, a occassionné des empoisonnements. M. Braun, trouvant de bons résultats de l'administration du mélange suivant pour combattre l'épilepsie, nous croyons devoir le faire connaître :

Bromure de sodium...... 10 gr.
Bromure d'ammonium.... 10 —
Eau de menthe poivrée.... 300 —

Mêlez. Pour faire prendre en l'espace de dix jours matin et soir une prise, à jeun et avant de gagner le lit.

Pendant le traitement, éviter les études, observer le repos, les émotions, mener une vie agreste, vivre au grand air, prendre de temps en temps des sels dépuratifs (crème de tartre et sels minéraux).

—

Gouttes dépuratives.

Teinture d'iode............ 4 gr.
Teinture de noix vomique... 1 —
Liqueur arsenicale de Fowler 1 —

Mêlez. Cinq gouttes le soir, dans de l'eau sucrée, aux malades atteints de syphilis compliquée de scorbut et dans les cas de lupus, qu'on soupçonne d'être sous l'influence d'une diathèse syphilitique. Tous les trois jours, on augmente le nombre des gouttes jusqu'à ce qu'on arrive à en donner quinze, dose qu'on ne doit pas dépasser.

—

Du Podophyllin dans la colique hépatique.

En 1868, notre collaborateur Stanislas Martin a publié dans le *Bulletin général thérapeutique* un article sur les propriétés du podophyllum peltatum ; le podophyllin qu'il en a isolé est entré, de nos jours, dans une infinité de préparations magistrales. M. Huchard, qui admet cinq formes de coliques hépatiques, le préconise dans l'un des cas. Parmi les formes larvées de la colique hépatique, il n'est pas rare de voir la migraine constituer le seul symptôme de la maladie. En ce cas, les accidents éclatent brusquement : le foie est un peu douloureux et augmente de volume et les urines sont peu colorées; cette forme, en raison de cette localisation des symptômes principaux, est, on le comprend, d'un diagnostic difficile.

Au point de vue thérapeutique, une des indications principales consiste dans l'emploi des cholagogues.

Favoriser la sécrétion et l'écoulement de la bile, telle est l'indication à remplir, et sous ce rapport il faut savoir qu'il y a de grandes différences entre les purgatifs. Le podophyllin est, dit M. Huchard, un des meilleurs ; on doit le donner à la dose de 2 à 6 centigr., par jour. On peut employer la formule suivante :

Podophyllin......... }
Extrait de jusquiame } āā 0,30 cent.
Savon médicinal..... }
pour dix pilules ; une ou deux par jour.

Sous le nom de pilules cholagogues, M. Huchard prescrit souvent aussi la préparation suivante :

Extrait de rhubarbe.. 1 gramme.
Extrait de jusquiame. }
Podophyllin......... } āā 0,30 cent.
Savon médicinal..... }
pour dix pilules ; même dose.

On pourrait ajouter à ces pilules 0,30 centigr. d'aloès pour les rendre plus actives.

—

Solution contre le catarrhe de la vessie.

Arbutine......... 5 grammes.
Eau distillée...... 200 grammes.

F. S. A. à prendre : une cuillerée à bouche toutes les heures.

Chaque cuillerée à bouche de cette solution contient 50 centigr. d'arbutine, qui est un glucoside retiré des feuilles d'uva ursi.

Si le malade éprouve des douleurs au-dessus de la symphyse pubienne, on ajoutera 25 milligrammes de chlorhydrate de morphine à la solution ci-dessus formulée.

—

Lavements d'huile de foie de morue contre les oxyures vermiculaires. — SZERLECKI.

Ce thérapeutiste a écrit et constaté que lorsqu'on administre matin et soir un lavement de la valeur de six cuillerées à bouche d'huile de foie de morue, on détruit la présence des oxyures qui se trouvent dans la dernière partie du gros intestin.

—

Eczéma des parties génitales.

Chlorhydrate de potasse. 1 gr. 50.
Vin d'opium........... 2 gr. 50
Eau pure.............. 1 litre.

Mêlez et appliquez sur les parties génitales une compresse trempée de cette solution.

Quand il y a un certain degré d'inflammation des parties génitales, cette application devra être suivie d'un bain de siège chaud, ou de l'application de cataplasmes saupoudrés de carbonate de chaux.

—

Mixture contre l'impuissance.

Sulfate de strychnine. 5 centigr.
Acide hypophosphorique............... 30 gram.

Mêlez. Dix gouttes trois fois par jour avant les repas dans une cuillerée à thé d'extrait fluide de coca.

—

Gouttes antiasthmatiques. (CLYMER.)

Teinture d'opium.... 4 grammes.
Ether sulfurique...... 8 —

Cinquante gouttes environ toutes les 20 minutes dans les attaques d'asthme avec emphysème ; à chaque dose, on peut ajouter quinze gouttes de teinture éthérée de l'obélia inflata.

—

Tétanos à la suite d'injections hypodermiques de quinine.

Le docteur Pompeo Lurini cite dans le *Raccoglitore medico*, 11-13, 1884, un cas de tétanos survenu à la suite d'injections hypodermiques de chlorhydrate de quinine, chez un homme atteint de fièvre pernicieuse malarique.

Le docteur Antonio Bortolazzi (*Gazetta degli* Spedali, 1880-1884) a pratiqué, pendant les années 1878-1880, environ un millier d'injections hypodermiques de quinine et il a vu deux cas de tétanos mortel.

(*Annali di Chimica medico-farmaceutica e di Farmacologia*, I, 1885, 99).

—

Herpès zoster, suite du traitement arsenical.

J. Bokai.

Dans trois cas de chorée, traitée avec succès par la liqueur de Fowler, il se développa de l'herpès zoster. L'auteur attribue ce fait à l'influence du traitement arsenical. (*Medic. Centralblatt*, 1884, 671, et *Annali di Chimica medico-farmaceutica e di Farmacologia*, I, 1885, 101.)

—

Note sur l'ergotine et le sulfate de quinine,

Par M. Gallard.

Dans une conférence clinique, M. Gallard préconise la formule suivante pour arrêter les hémorrhagies de l'utérus :

Ergotine............	10 gram.
Sous-carbonate de fer.	10 —
Sulfate de quinine...	2 —
Poudre de digitale...	1 —

pour 100 pilules argentées.

Prendre 4 pilules chaque jour (deux avant chaque repas).

M. Gallard dit qu'il faut se mettre en garde contre l'usage irrationnel et intempestif qui est fait chaque jour de l'ergotine pour arrêter les hémorrhagies de l'utérus. Si c'est, ajoute-t-il un moyen héroïque dans quelques cas bien déterminés, et en particulier dans les hémorrhagies puerpérales ou dans les métrorrhagies qui accompagnent l'évolution des corps fibreux, c'est, par contre, un médicament moins puissant contre les autres variétés des pertes sanguines.

—

Pansement au sublimé.

M. Hofmokl rappelle que Koch a démontré comme quoi le sublimé est un agent antiseptique beaucoup plus puissant que l'acide phénique, et qui tue la bactérie charbonneuse, même à l'état de solution diluée à 1/300.000. Actuellement, les chirurgiens font usage d'une solution à 1/1.000 pour imprégner les pièces à pansement. La matière ligneuse (Holzwolle) qu'on obtient en comprimant du bois entre les meules se prête très bien à cette imprégnation. On peut se servir de mousse, de tourbe ou de gaze.

S. M.

VARIÉTÉS

Société médico-pratique. — Ordre du jour de la séance du 11 mai : 1° M. Pennel, rapport sur les candidatures de MM. Latty, Berne et Marcigney au titre de membre associé ; 2° M. Deniau, rapport sur la candidature de M. Lafosse au titre de membre correspondant ; 3° M. Bouloumié, du traitement hydrominéral avant et après l'opération de la taille ; 4° M. Peyrot, observation de genu valgum traité par l'opération de Macewen ; 5° M. Dauchez, cas de rappel d'hystérie chez un jeune garçon, consécutivement à une contusion du nerf cubital ; 6° Election d'un secrétaire annuel.

Nécrologie. — M. le Dr Boyer, professeur honoraire à la faculté de médecine de Montpellier, mort à l'âge de 81 ans.—M. le Dr Vizerie (Pierre), ancien médecin militaire, décédé à Bergerac le 14 a ril à l'âge de 91 ans.— M. le Dr Charrier (J.-M.-A.) ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique de la Faculté, est mort le 23 avril à l'âge de 58 ans. — Nous apprenons avec regret le mort, à Copenhague, du savant professeur Panum qui fut, l'an dernier, président du Congrès international de médecine et de chirurgie et qui a succombé le 1er de ce mois ; — et de M, le docteur Pichot, médecin à Bonnétable (Sarthe), qui a succombé à l'âge de quarante et un ans, victime de la diphthérie, contractée dans l'exercice de sa profession.

— *Faculté de médecine de Paris*. — Un concours pour la nomination à une place de professeur suppléant des chaires de pathologie externe, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école de médecine de Rouen, s'est ouvert le 1er de ce mois à la Faculté de médecine de Paris.

Le jury se compose de MM. Verneuil, président ; Lannelongue, Delabost, Thierry et Humbert, juges. Le seul candidat qui se soit présenté est M. le docteur Hue.

Les questions données jusqu'à présent sont : 1° pour l'épreuve écrite « La paume de la main ; des hémorrhagies traumatiques secondaires » 2° pour l'épreuve orale, « L'hématocèle rétro-utérine.»

— Le monument élevé à là mémoire du vaillant explorateur lorrain, le docteur Crevaux, mort assassiné par les Indiens Tobas, sera inauguré dans la ville de Nancy, le samedi 13 juin 1885.

— *Ecole de médecine d'Angers*.—M. Jagot, suppléant, est chargé du cours de pathologie interne, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Feillé.

— *Ecole de médecine de Tours*. — M. Rainton, suppléant, est chargé du cours de clinique interne, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Charcellay.

— M. le docteur Soulier est nommé médecin adjoint au lycée du Puy, en remplacement de M. Langlois, décédé.



REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 *mai* 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. Marjolin donne lecture du rapport sur le concours du prix de l'hygiène de l'enfance.

M. de Villiers lit un rapport sur les travaux et mémoires adressés à la commission permanente d'hygiène de l'enfance.

Les conclusions des rapports de MM. Marjolin et de Villiers seront lues en comité secret.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant : en première ligne, ex æquo, MM. Desnos et Milne-Edwards ; en deuxième ligne, M. Dumontpallier ; en troisième ligne, ex æquo, et par ordre alphabétique, MM. Blachez, Ferrand, Hallopeau. Le nombre des votants étant de 75, majorité, 38, M. Alph. Milne-Edwards est élu par 58 suffrages ; M. Desnos, 12 ; M. Dumontpallier, 4.

M. Polaillon fait une communication sur une opération de **néphrectomie**. Il s'agit d'une femme de 27 ans, entrée le 28 mars dernier à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Cornil, suppléé par M. Chauffard, pour une douloureuse tuméfaction dans le flanc gauche.

M. Chauffard constate dans la profondeur une tumeur rénitente qui semble dépendre du rein. En effet, deux ponctions aspiratrices pratiquées à quatre jours de distance évacuent chacune 200 à 250 grammes d'un liquide trouble, à odeur urineuse, et chargé de pus qui se sépare par le repos. L'urine rendue par la miction laisse déposer aussi une couche de pus au fond du vase. M. Chauffard conclut qu'il avait affaire à une pyélo-néphrite et admit l'existence probable d'un calcul oblitérant partiellement l'uretère. M. Polaillon, appelé en consultation, partagea entièrement ce diagnostic.

Comme la poche rénale se remplissait rapidement après les ponctions et que les ponctions n'apportaient qu'un soulagement éphémère aux souffrances très vives de la malade, la néphrectomie fut décidée et pratiquée par M. Polaillon.

Incision verticale s'étendant du bord inférieur de la douzième côte à la crête iliaque. Arrivé sur le plan musculaire, le chirurgien laisse le bistouri pour le thermo-cautère et pénètre presque sans écoulement de sang jusqu'à un organe rouge foncé qui est le rein.

On décolle avec le doigt toute la face postérieure du rein, ce qui permet de constater que cet organe a un volume considérable. Il s'étend depuis la voûte du diaphragme jusqu'au détroit supérieur du bassin.

L'incision verticale étant reconnue insuffisante, on pratique une deuxième incision horizontale partant de l'extrémité inférieure de

la première et se dirigeant en avant en suivant la crête iliaque dans l'étendue de 6 à 7 centimètres. On obtient ainsi un lambeau triangulaire qui donne assez de jour pour compléter l'isolement du rein et pour lier son hile.

Le déplacement d'un gros calcul occupant le fond de l'incision amène la déchirure du tissu rénal suivie d'un flot de pus mélangé d'urine et de sang.

Une pince introduite dans le kyste rénal retire deux gros calculs. Pour arrêter l'hémorrhagie produite par la déchirure du rein, on applique autour du hile plusieurs ligatures au catgut fortement serrées. Puis le rein est détaché avec des ciseaux à un centimètre au-dessous de la ligature la plus inférieure.

La cavité très vaste qui succède au rein enlevé est soigneusement lavée avec de l'eau phéniquée au 20e. Enfin l'hémostase étant complète, on rapproche les lèvres des incisions par quatre points de suture et l'on établit un gros drain dans la plaie. Pansement de Lister.

Les suites de l'opération ont été heureuses. Aujourd'hui la malade est dans un état satisfaisant qui fait entrevoir une guérison prochaine.

Hystérectomie. — M. Tillaux présente une pièce pathologique constituée par un myome utérin du poids de 7 kilog 70 grammes qu'il a enlevé par hystérectomie ; la guérison a été la suite de l'opération. M. Tillaux croyait avoir affaire à un kyste de l'ovaire. Il insiste sur les difficultés que les chirurgiens éprouvent, dans certains cas, à établir le diagnostic entre les fibromes ou myomes utérins et les kystes de l'ovaire.

Lorsque le myome est très volumineux comme celui-ci, lorsqu'il remplit tout le ventre, qu'il est partout en contact avec les parois abdominales ; lorsqu'il touche les bords de l'excavation pelvienne, qu'il est en quelque sorte enclavé dans le bassin, il devient alors complètement immobile ; l'explorateur privé du signe différentiel pathognomonique entre le myome et un kyste de l'ovaire a le droit d'hésiter.

Si, de plus, la paroi abdominale est chargée d'une forte couche de graisse, ce qui était le cas de la malade, la recherche de la fluctuation est rendue plus difficile. Et d'ailleurs l'absence du flot ne prouverait rien, puisque l'on peut avoir affaire à un kyste multiloculaire. La ponction exploratrice seule peut alors lever les doutes, mais la malade de M. Tillaux à qui elle avait été proposée, l'a refusée absolument.

Enfin, considérant que la menstruation n'avait subi aucun dérangement, M. Tillaux a fini, après de nombreuses hésitations, par se prononcer pour un kyste de l'ovaire probablement multiloculaire.

L'opération pratiquée le 28 mars dernier fut rendue difficile par le volume énorme de la tumeur. Le pédicule présentait les dimensions de l'excavation pelvienne. La tumeur enlevée comprenait le corps de l'utérus et les deux ovaires. Le pédicule tomba le dix-septième jour et la malade peut être aujourd'hui considérée comme complètement guérie.

M. Tillaux pense que, contrairement à ce que l'on fait dans l'ovariotomie, le pédicule, dans l'hystérectomie, doit être fixé au dehors, à moins qu'il ne soit très petit, ce qui est rare.

M. Panas fait remarquer que les erreurs de diagnostic semblables à celle dont vient de parler M. Tillaux sont fort anciennes et peuvent arriver aux chirurgiens les plus habiles. Aux causes d'erreur signalées par M. Tillaux, il convient d'ajouter l'existence d'une fluctuation véritable dans des cas de fibromes de l'utérus développés très rapidement, avec tissu mou, sarcomateux analogue à celui des fibro-myxomes.

M. Panas a été témoin d'une erreur de ce genre commise par Nélaton qui, trompé par la sensation de fluctuation perçue dans l'examen d'une tumeur abdominale et croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire, plongea un gros trocart dans cette tumeur qui n'était autre chose qu'un fibrome de l'utérus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 avril 1885. — Présidence de M. Duplay.

Récidive des Kystes de l'ovaire. — M. Terrillon. Cette question de la récidive n'est pas nouvelle à la Société de chirurgie. Déjà, en 1874, M. Panas avait communiqué l'observation d'une malade qu'il avait opérée d'un kyste en apparence très simple. Un an après, cette malade mourait cancéreuse. Boinet avait déjà relaté un cas analogue. Depuis, M. Terrillon a pu rassembler d'autres faits semblables dont plusieurs ont été empruntés aux statistiques de MM. Péan, Spencer Wells, etc. Il a pu réunir ainsi 46 cas dans lesquels l'ablation d'un kyste de l'ovaire, présentant toutes les apparences d'un kyste simple, a été suivie d'une récidive sous forme d'affection cancéreuse.

M. Lucas-Championnière a observé plusieurs faits analogues. Il insiste sur un signe que présentent habituellement ces malades : ce sont les urines rares. Toutefois, ajoute-t-il, ces récidives de kystes ovariques après l'ovariotomie sont extrêmement rares, ce qui prouve que tous ces kystes qui, pour les histologistes, sont tous des épithéliomas, ne sont pas tous des tumeurs malignes.

M. Gillette croit qu'il y a de l'exagération à considérer tous les kystes de l'ovaire comme des épithéliomas. En outre, au point de vue des récidives, il croit qu'il faut faire une distinction entre les récidives papillomateuses et les cancéreuses proprement dites.

M. Verneuil reproche à M. Terrillon plusieurs irrégularités de langage, telles que celle qui consiste à parler de tumeurs cancéreuses survenant à la suite de kystes de l'ovaire. On a tort, d'une part, de dire que tous les kystes de l'ovaire sont des épithéliomas ; mais, d'autre part, tous les épithéliomas ne sont pas des tumeurs malignes.

M. Monod fait observer que, quand les histologistes disent épithéliomas, ils ne veulent pas toujours parler de tumeurs malignes. Il y a tout lieu de penser qu'on arrivera à distinguer, histologiquement et cliniquement, les kystes de l'ovaire qui ne récidivent jamais, des tumeurs très rares dont a parlé M. Terrillon.

M. Terrier prend la défense des histologistes et cite à l'appui les

deux faits suivants : il a publié, en 1884, l'observation d'une malade chez laquelle il avait enlevé avec succès un kyste de l'ovaire présentant toutes les apparences extérieures d'un kyste simple. La tumeur fut examinée par M. Malassez qui déclara qu'il s'agissait d'une tumeur maligne. Aujourd'hui cette malade a, en effet, une récidive: M. Terrier a publié un autre fait semblable dans la *Revue de chirurgie*, en janvier 1884. Il y a bien, selon lui, des kystes de l'ovaire qui sont des épithéliomas myxoïdes et, à côté d'eux, d'autres tumeurs dont l'anatomie pathologique n'est pas encore faite ; ce sont des tumeurs tout à fait anomales et très rares, puisque M. Terrillon n'en a rencontré qu'un seul cas sur 36 ovariotomies qu'il a pratiquées et que M. Terrier lui-même n'en a vu également qu'un cas sur 112 ovariotomies.

Obstructions intestinales. — M. Tillaux fait un rapport sur un mémoire de M. Auffret.

Sur les 12 observations recueillies par l'auteur, 8 lui sont personnelles, 4 lui ont été adressées par des confrères. La première observation a trait à l'autopsie d'un jeune soldat pris brusquement des symptômes d'occlusion intestinale à huit heures du soir et trouvé mort dans son lit le lendemain matin à cinq heures. Cette autopsie a montré qu'il s'agissait d'une bride et que ce cas eût été parfaitement justiciable de la laparotomie. Dans la seconde observation, il s'agit d'une jeune fille présentant tous les signes d'une occlusion intestinale, chez laquelle M. Auffret fit une incision exploratrice, trouva une péritonite suppurée et referma le ventre sans aller plus loin. Cette malade est morte quelques heures après. La troisième observation se rapporte à un jeune homme de trente ans, atteint depuis longtemps de troubles digestifs, pris assez brusquement de phénomènes d'occlusion intestinale et chez lequel M. Auffret pratiqua l'entérotomie de Nélaton et obtint une guérison. Aujourd'hui les matières passent également par l'anus artificiel et par le rectum ; M. Auffret espère guérir son malade de son anus artificiel. Dans la quatrième observation, il s'agit d'une femme présentant tous les signes d'une occlusion intestinale ; M. Auffret fait la laparotomie, sectionne une bride, la malade guérit. Les accidents apparaissent de nouveau ; la malade refuse toute nouvelle intervention, et bien lui prend, car elle guérit sous l'influence de quelques purgatifs. M. Auffret rapporte 4 autres observations analogues à celles qui précèdent. Quant aux 4 observations qui lui ont été fournies par des confrères, il y aurait 3 guérisons par la faradisation et 1 guérison par la douche forcée.

M. Auffret n'apprend rien de nouveau relativement au diagnostic qui reste toujours bien obscur et bien difficile.

Pour le traitement, il fait un parallèle entre l'entérotomie et la laparatomie. Tout en reconnaissant les indications et les avantages de l'entérotomie, M. Tillaux considère la laparatomie comme une méthode de choix ; il est hors de doute pour lui que si Nélaton vivait de nos jours, au lieu de faire l'entérotomie, il ouvrirait le ventre et irait chercher la cause de l'étranglement. Toutefois, il est encore aujourd'hui des cas où l'entérotomie reste une précieuse ressource. C'est d'ailleurs une opération simple, facile, qui peut

être faite par un médecin seul, sans aide. C'est donc une opération qu'il convient de conserver dans la pratique chirurgicale.

Rectotomie, rectorrhaphie. — M. PRENGRUEBER lit un travail sur un nouveau procédé de rectotomie combinée avec une rectorrhaphie qu'il propose de substituer à la rectotomie postérieure telle qu'on le pratique.

Tumeur fibreuse utérine, hstérotomie. — M. MONOD, présente une tumeur fibreuse utérine, du poids de 2 kilos, qu'il a enlevée par l'hystérotomie sus-vaginale. Il a laissé le pédicule au dehors en formant avec le péritoine autour de ce pédicule une sorte de collerette qu'il a suturée de façon à fermer complètement toute communication de la cavité péritonéale avec l'estomac. L'opération a été pratiquée sans le moindre accident. La malade va aussi bien que possible.

Cure radicale d'une hernie. — M. POLAILLON présente un malade chez lequel il a pratiqué avec succès la cure radicale d'une hernie inguinale. Cette hernie était énorme et irréductible. M. Pollaillon a fait rester ce malade au lit un mois et demi, l'a mis à la diète et l'a fait maigrir. Il a pu alors rentrer toute la masse intestinale dans la cavité abdominale ; puis il a procédé alors à l'opération qui a consisté dans une large ouverture, dans l'incision antérieure et postérieure et la dissection du sac, et dans une sorte de suture en bourse destinée à fermer un orifice qui ne mesurait pas moins de 7 à 8 centimètres.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 4 janvier 1885.

Extirpation de l'utérus. — Le Dr W. DUNCAN communique l'observation de deux cas d'extirpation vaginale de l'utérus et discute le sujet de l'extirpation sous ses différents aspects. *Observation* 1. La malade, âgée de 35 ans, mariée, mère d'un enfant de 11 ans, entre à l'hôpital le 11 décembre atteinte d'une légère attaque de cellulite pelvienne. Quelques jours avant, on avait constaté la présence d'une petite tumeur épithéliomateuse de la portion vaginale, située près du col et intéressant seulement sa lèvre antérieure.

Le cellulite avait disparu tout à fait le 22 janvier 1884 et l'on fit l'extirpation par le vagin; d'après la méthode de Schrœder. On éprouva une grande difficulté pour lier les ligaments larges, qui étaient rétractés par suite de l'épaississement résultant de l'inflammation survenue du côté gauche. On plaça un tube à drainage double et un tampon à l'iodoforme dans le vagin. La malade guérit très bien au bout de trente-neuf jours, gardant une cicatrice en arccade dans le vagin, mais pas d'induration. Le 14 juin elle rentra avec de la toux, des douleurs intercostales, des sueurs nocturnes et de la pyrexie. Le 25, à l'examen vaginal, on sentait une masse

indurée, située au-dessus du plancher du vagin ; les ganglions pelviens étaient indurés. L'état ne changea pas; il y avait toujours des accès intermittents de fièvre et la température se maintenait entre 37° et 40°. Elle sortit le 16 juillet et mourut chez elle le 1er novembre.

Observation II. Mme P..., âgée de 54 ans, entre à l'hôpital le 4 février 1884 avec une ulcération épithéliomateuse du col; elle avait eu huit enfants. Depuis dix ans, époque de la ménopause, elle s'était toujours bien portée jusqu'à huit mois avant son entrée à l'hôpital, où elle avait eu une hémorrhagie à la suite du coït. On fit l'extirpation vaginale le 26 février comme précédemment. Dès que l'on ouvrit la cavité péritonéale, le collapsus se manifesta et douze heures après la mort arrivait.

Dans la discussion à laquelle l'auteur s'est livré sur l'avantage des méthodes vaginale et abdominale, il a rassemblé les statistiques qu'il a pu trouver, et donne les chiffres suivants : sur 137 extirpations abdominales, il y a eu 38 guérisons et 99 morts, ce qui donne une mortalité de 72 pour 100, tandis que sur 276 extirpations vaginales, il y a eu 197 guérisons et 79 morts, ce qui donne une mortalité de 28 pour 100. L'auteur a discuté ensuite quel était le traitement consécutif que l'on devait suivre; il est d'avis qu'il n'est pas nécessaire de suturer la plaie vaginale, ni de placer de tube à drainage ou de tampon dans le vagin, tandis qu'il insiste sur l'importance de l'emploi local de l'iodoforme, de la posture droite pendant les dix premiers jours de l'administration de l'opium. Il passe ensuite en revue les affections bénignes et malignes pour lesquelles l'opération a été faite et exprime l'opinion que dans aucune des affctions bénignes l'opération n'est justifiable; qu'elle est indiquée dans le sarcome et le carcinome du corps utérin et de la muqueuse cervicale; tandis que dans le cancer de la portion vaginale, la moyenne de mortalité est quatre fois plus grande que dans l'amputation sus-vaginale du col.

Il conclut donc que l'on n'est pas autorisé à pratiquer l'opération sous-vaginale.

Paul RODET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 janvier 1885. — Présidence de M. GUYOT.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ donne lecture d'une Note sur **un cas de cancer du pylore à longue évolution**. Il fait remarquer que la durée maxima de trente-six mois, assignée par Brinton, Lebert, Valleix au cancer de l'estomac, est souvent in-

férieure à la limite réelle observée. C'est ainsi que chez un homme de cinquante-six ans, soigné par lui à l'hôpital Cochin, la mort n'est survenue que cinq ans après le début de la maladie. Il s'agit d'un rhumatisant qui avait présenté, pendant de longues années, des souffrances gastriques, et qui, en 1880, ressentit dans la région de l'estomac une douleur lancinante accompagnée de vomissements presque incessants. Soumis au régime lacté, le malade éprouva une amélioration considérable ; les vomissements cessèrent, mais pour reparaître dès qu'il tentait de revenir au régime ordinaire. La digestion devenant progressivement plus lente et plus pénible, il fut soumis, en 1883, au lavage de l'estomac, dont il retira un bénéfice marqué; mais des écarts de régime amenèrent une rechute et il demanda son admission à l'hôpital en juillet 1884. Lorsque M. Dujardin-Beaumetz l'examina pour la première fois, en prenant le service au mois de novembre, il constata une dilatation énorme de l'estomac, mais il ne put, en aucun point, découvrir une tumeur appréciable à la palpation ; le malade, plutôt pâle que cachectique, avait d'abondants vomissements dès qu'il ne recourait pas chaque jour au lavage gastrique. Jamais, d'ailleurs, ces vomissements ne renfermèrent trace de sang. Il présenta également des phénomènes de tétanie très marqués, analogues à ceux que Kussmaul a signalés dans la dilatation gastrique. L'analyse de l'urine d'après la méthode de Rommelaëre, la recherche de l'acidité du suc gastrique portaient à penser qu'il existait chez cet homme un carcinôme, bien que l'examen clinique ne fournît aucun indice certain. Après diverses alternatives d'amélioration obtenue au moyen du gavage par la sonde, et d'aggravation résultant d'écarts de régime, le malade succomba le 3 janvier 1885. L'autopsie révéla un cancer du pylore entourant cet orifice et lui ayant fait perdre son élasticité, de telle sorte que, sans le rétrécir, il l'avait rendu, par sa rigidité, incapable d'accomplir ses fonctions. En aucun point on ne trouvait d'ulcération. — Ainsi, dans ce cas, la mort n'est survenue qu'au bout de cinq ans et a été le résultat, bien moins des progrès du mal que des troubles apportés à la nutrition par un fonctionnement défectueux de l'orifice pylorique. Peut-être avec plus de persévérance dans le régime ce malade eût-il obtenu une survie plus considérable.

Traitement de la sciatique. — M. Debove, en réponse aux diverses objections qui ont été adressées aux pulvérisations de chlorure de méthyle comme traitement de la sciatique, rappelle qu'il a, dès le principe, prévenu ses collègues qu'ils rencontreraient un certain nombre d'insuccès en s'attaquant à la sciatique *symptomatique*, tandis qu'ils réussiraient toujours en traitant la *névralgie* sciatique. Il est néanmoins d'avis qu'il faut essayer l'action puissante des projections de chlorure de méthyle contre les sciatiques symptomatiques, puisqu'on a pu jusqu'ici enregistrer quelques succès et un assez grand nombre d'améliorations. Quant à l'acide carbonique liquide, dont a parlé M. Lailler, M. Debove l'a expérimenté également : c'est un moyen peu pratique, l'acide carbonique liquide étant ren-

fermé dans un volumineux réservoir d'acier, un véritable canon. M. Debove s'est servi de la neige d'acide carbonique résultant de la simple projection du jet d'acide carbonique liquide dans un récipient spécial, où il se congèle sous l'influence du refroidissement considérable que produit sa vaporisation. Cette neige, tassée dans un tube de verre, forme une sorte de crayon que l'on proméne à la surface des téguments au niveau des points douloureux. Il faut avoir soin d'humecter la peau avec de l'éther, sans quoi le contact immédiat ne peut être obtenu, par suite du phénomène physique de l'état sphéroïdal. M. Debove se réserve d'expérimenter plus complètement ce procédé; il a dès maintenant constaté que la congélation de la peau par ce moyen ne s'accompagne, par la suite, d'aucune coloration pigmentaire. Jamais M. Debove n'a produit d'eschares avec le chlorure de méthyle ; il faut d'ailleurs avoir soin de cesser la projection sur un même point du tégument dès que la peau est congelée à ce niveau et prend une coloration blanche caractéristique. C'est là le guide le plus sûr pour la durée de l application du réfrigérant. L'obésité ne constitue pas une contre-indication; seulement on doit s'attendre, en pareil cas, à une vésication plus facile et plus étendue.

M. A. Robin a fait disparaître avec une seule pulvérisation des douleurs très vives de sciatique, remontant à six mois environ, chez un homme de quarante ans ;

— M. Letulle a employé le chlorure de méthyle pour une sciatique névrite ayant obligé le malade à garder le lit pendant un mois et demi. La guérison fut presque complète d'emblée, puisque au bout de six mois le malade n'éprouvait que quelques élancements douloureux assez rares et très supportables.

— M. Bucquoy donne lecture, au nom du conseil de famille, de son rapport au sujet de la *nomination d'une commission d'hygiène des hôpitaux*. Il formule, en terminant, les conclusions suivantes. Le conseil de famille propose : 1° de nommer une commission permanente dite *d'hygiène hospitalière* qui sera composée d'un médecin de chaque hôpital ou hospice, et du médecin de l'hôpital s'il n'y en a qu'un seul attaché à l'établissement ; — 2° de charger cette commission, aussitôt qu'elle aura été nommée, de faire choix de trois candidats qui seront soumis aux suffrages de la Société des hôpitaux, pour être présentés ensuite à la nomination de M. le Directeur de l'Assistance publique comme membres de la commission administrative d'hygiène des hôpitaux. — La Société sera appelée à voter dans la prochaine séance. M. Bucquoy propose enfin de voter des remerciements à MM. Lailler et E. Besnier « d'abord pour le zèle et le dévouement qu'il ont apportés dans l'accomplissement de leur mandat, et aussi pour le soin qu'ils ont mis à sauvegarder, dans la difficile question de l'hygiène hospitalière, les intérêts de la science et de l'humanité ».

— M. A. Robin donne lecture d'un mémoire sur la *congestion rénale primitive.*

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

193 — Clientèle médicale à céder gratuitement dans le département des Côtes-du-Nord. S'adresser au Dr Belleuard, 146 bis, avenue de Neuilly.

192. — Un jeune docteur en médecine, désirerait remplacer un confrère à Paris, pendant les vacances.— s'adresser au bureau du journal.

191.— Un confrère désirerait s'associer à la direction d'un établissement hydrothérapique ou de tout autre établissement se rattachant à l'art de guérir. — s'adresser au bureau du journal.

190. — Un docteur en médecine de la Charente-Inférieure, offre à titre d'essai, pendant trois mois à un jeune confrère, la gérance d'une clientèle aux conditions suivantes :

La moitié du produit de la clientèle ; de plus le prenant aurait à sa diposition, à titre gracieux, une bonne, un domestique, un cheval, une voiture, le logement.

Comme il n'y a pas de pharmacien, le titulaire actuel prendrait à sa charge entière la fourniture des médicaments, mais conserverait pour lui un fixe de 1.200 fr. (annuel). Après ces trois mois d'essai le titulaire prend l'engagement de céder ladite clientèle et le fixe, le tout gratuitement (sous certaines réserves).

Cette clientèle qui date de 80 ans ne peut être conservée par le titulaire pour raison de famille ;— s'adresser au bureau du journal.

189. — A céder dans de bonnes conditions une clientèle médicale à Paris, dans un quartier central;— s'adresser au bureau du journal.

188 — Clientèle médicale à céder immédiatement, dans une station thermale importante. — S'adresser aux bureaux de l'*Union Médicale* 1?, rue Grange-Batelière, Paris.

187 — Un jeune docteur prendrait un poste médical, mais avec un certain rapport annuel assuré. — S'adresser à M. E. Bruyère, 9, Allées Damour à Bordeaux (Gironde).

186 — Clientèle médicale à céder *de suite*. Produit 7.000 fr. susceptible d'augmentation. Pas de pharmacien. Peut se faire sans cheval. Résidence charmante sur les bords de la Seine, à 2 kilom. d'une station de chemin de fer à 3 heures de Paris. — s'adresser au bureau du journal.

185. — Clinique et clientèle ophthalmologique à céder dans une grande ville de province au centre de la France. Bonnes conditions: — s'adresser au Dr Onimus, 7, place de la Madeleine, Paris.

184. — A céder à Paris, dans un quartier populeux, clientèle médicale d'un produit de 12 à 15.000 fr. Prix : 5.000 fr.— s'adresser au bureau du journal.

183. — Position à prendre. — On demande un médecin pour la commune de Baugy (Cher). 1.600 habitants. Le canton à 13.000 habitants. — *Grand avenir*. -- S'adresser à M. Nouriesst, propriétaire à Baugy (Cher).

226. — A céder bonne et ancienne clientèle en pleine activité, à 4 kilomètres d'un important chef-lieu de canton, dans la Charente-Inf. ; — s'adresser au bureau du journal.

220. — Clientèle à céder pour cause de maladie dans une ville de l'Eure. Rapport de 10 à 14.000 fr. ; — s'adresser au bureau du journal.

182. — A céder clientèle médicale a Paris, quartier populeux. Recettes minimum 12.000 fr. Continuation de bail;— s'adresser 115, rue du Château, Paris.

181.— Bon poste médical à prendre dans un chef-lieu de canton de la Nièvre, sur une ligne de chemin de fer. Pas de pharmacien;—s'adresser au bureau du jounal.

180.— Très bon poste médical à prendre de suite dans le Puy-de-Dôme, d'un rapport annuel de 6 à 7,000 fr. environ;— s'adresser pour renseignements à M. le maire de Mauzun, par Billom.

179.— Un confrère, ancien médecin militaire, désirerait un poste auquel seraient attachés quelques émoluments fixes ; — s'adresser au bureau du journal.

178. — A céder à 1 heure 1/2 de Paris, bonne clientèle médicale. Pas de concurrents, pas de pharmacien. Recette de l'année dernière: 7,800. Conditions très avantageuses ; — s'adresser au bureau du journal.

177. — La commune de Becon (Maine-et-Loire), bourg de 2 000 habitants, demande un docteur en médecine. La clientèle peut s'étendre à 6 communes voisines a populations denses dont Bécon est le centre. Pas de docteur dans le canton ; — s'adresser au maire de Bécon.

176.— A céder de suite à Olonzac (Hérault), excellente et riche clientèle médicale d'un rapport de 15 à 17,000 francs ; — s'adresser au Dr Rouquette, à Olonzac.

173. — On demande un médecin pour une localité d'un département de la zone parisienne s'ad au Dr Paillot, à Noyers-s-Sereins Yonne).

172. — A céder, pour cause de santé, Herblay (Seine-et-Oise), une excellente situation médicale ; — s'adresser à M. Lemaire, médecin à Herblay où à M. Preud'homme, pharmacien, 29, rue St-Denis, Paris.

Voir la suite des vacances médicales, p. 753

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS
Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

LEÇONS CLINIQUES DES HOPITAUX : M. HUCHARD.

Le Dr Huchard a commencé. dimanche dernier, à l'hôpital Bichat, devant une nombreuse assistance, une nouvelle série de conférences cliniques.

Cette première leçon a porté sur *l'artério-sclérose au point de vue clinique et thérapeutique.*

M. Huchard a d'abord fait l'histoire de trois malades : l'un rénal, le second cérébral, le troisième cardiaque, et a montré que ces trois malades (néphrite interstitielle, ischémie cérébrale ayant déterminé de l'hémiparésie, myocardite interstitielle), sont atteints de la même maladie : l'artério-sclérose.

Pour le prouver, M. Huchard a fait l'histoire d'un malade observé en ville qui a réuni ces 3 maladies à 5 ans de distance : hémorrhagie cérébrale en 1879, aortite et néphrite interstitielle en 1882, myocardite interstitielle avec asystolie à laquelle le malade succomba en 1884. Celui-ci n'avait pas 3 maladies, mais une seule (l'artério-sclérose) de laquelle toutes les autres dépendaient.

FEUILLETON

LE PARNASSE HIPPOCRATIQUE.

Nous avons annoncé la mort de Camuset, qui a succombé, il y a quelques semaines, à la suite d'une affection intestinale. Nos lecteurs n'ont pas oublié les sonnets charmants que nous avons publiés pendant ces deux dernières années et qui peuvent faire considérer Camuset comme un des meilleurs poètes du genre. On en jugera par les deux pièces suivantes qui n'avaient pas encore paru dans le *Journal* :

LE COR AUX PIEDS.

Je suis le cor aux pieds, et c'est moi qui proteste
Contre le cordonnier et son cuir oppresseur.
L'élégance m'impose un joug que je déteste.
Je veux que tu sois libre, ô phalange, ma sœur.

Pour le prouver encore, il a cité le fait d'un malade mort dans le service et à l'autopsie duquel on trouva une sclérose généralisée (aortite, cirrhose du foie, myocardite interstitielle, néphrite interstitielle, sclérose de la rate, gastrite interstitielle etc.)

A ce sujet, M. Huchard dit que les maladies du cœur sont de deux sortes : les unes *orificielles*, d'origine ordinairement rhumatismale, et dans lesquelles le cercle morbide des maladies du cœur avec ses congestions gagnant de proche en proche tous les organes les uns après les autres, d'après un ordre déterminé, se réalise parfois. Mais ce cercle morbide étudié dans le silence du cabinet se montre rarement dans toute sa régularité au lit du malade. Il y a, en effet, des *cardiopathies artérielles*, comme il les appelle, qui relèvent de l'endartérite des vaisseaux cardiaques qui rompent dès le début le fameux cercle morbide au hasard du siège des artérites dans les différents organes.

Comme le disait Fabre (de Marseille), il n'y a pas de maladie plus protéiforme que l'artérite ; elle est, en effet, protéiforme par le nombre des organes atteints et la diversité des accidents.

Il y a cependant des scléroses *associées* comme celles du cœur et du foie, du cœur et du poumon, du cœur et du rein.

En vain le pédicure, arrondissant le geste,
D'un scalpel magistral me sculpte en professeur.
Son triomphe est d'un jour, car le terrain me reste,
Et j'y renais plus fort sous le fer agresseur.

Insensé, tu voudrais, comprimant la nature,
Faire admirer un pied trop grand pour ta chaussure !
Le bottier, ton complice, est aussi ton bourreau.

Qu'un aveugle instrument nous taille et nous harcèle,
La persécution redouble notre zèle.
Oignons, durillons, cors, nous narguons Galopeau.

CONGESTION CÉRÉBRALE

Un soir qu'il se sentait la visière moins nette,
Mon grand oncle Bernard, vert encor, mais très vieux,
S'inspirant d'un menu savant et copieux,
Fit largement honneur aux talents de Jeannette.

Cette dernière est la plus importante ; et abandonnant les théories trop mécaniques de Bright, de Traube, etc., etc., M. Huchard arrive à voir avec Lancereaux, Gull et Sutton, Letulle et Debove, dans cette association de lesions cardiaques et rénales, le résultat de la sclérose d'origine vasculaire pouvant frapper à la fois le cœur et le rein, ainsi que tous les organes.

Cette étude ainsi comprise est également intéressante pour les affections médullaires dont l'étiologie est encore environnée d'obscurités. Or, certaines scléroses diffuses de la moelle, au dire de Demange (de Nancy), n'ont pas d'autre cause que l'endo-périartérite des vaisseaux médullaires survenant chez les scléro-athéromateux, etc., etc. Dans la prochaine leçon, il sera question de l'anatomie pathologique des symptômes précoces de l'artério-sclérose et de son traitement. On verra qu'il faut connaître de *bonne heure* les symptômes de l'artério-sclérose car plus tard elle n'est pas curable (plus tard, lorsque l'athérôme est calcifié ou que la sclérose a envahi, détruit les éléments nobles des organes).

Quelle est la sanction de cette première leçon? C'est la thérapeutique : à maladie artérielle il faut opposer un médicament artériel et le meilleur de tous est l'iodure de potassium qui a déjà guéri des anévrysmes aortiques, les angines de poitrine, l'emphysème et l'asthme, et qui est le seul médicament de l'artério-

Puis, son menton posa plus lourd sur la serviette.
Un chœur de feux follets dansa devant ses yeux,
Et, son âme quittant la table pour les cieux,
Il mourut doucement, le nez sur son assiette.

Seigneur, Seigneur mon Dieu, je suis à vos genoux,
Ecoutez un pécheur qui tremble devant vous
Et vous redoute autant qu'il craint l'anorexie.

Quand je serai plus vieux que mon oncle, et plus bas,
Comme dernier dessert de mon dernier repas,
Accordez-moi, Seigneur, la douce apoplexie.

Le morceau suivant de Henri Segond est peu flatteur pour les dissecteurs de grenouilles et de lapins. Il est intitulé :

A LA SORBONNE

Deux tondus, un pelé, dans la salle exiguë,
Font un cadre assez maigre au savant professeur :
Vieille Anglaise cherchant partout une âme sœur ;
Rentier ventru ; bohème à l'allure ambiguë.

sclérose. La thérapeutique ne vise donc pas ici tel organe, mais un système tout entier, le systéme artériel.

Cette leçon, a dit en terminant M. Huchard, démontre mon but qui peut me servir de profession de foi : « l'alliance de la clinique et de la thérapeutique. »

REVUE PROFESSIONNELLE.

EXERCICE DE LA PROFESSION DE DENTISTE. — PROJET DE RÉGLEMENTATION PRÉSENTÉ AU COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE,

Par M. le Dr Gallard, rapporteur.

(*Suite. — Voir le numéro* 18 *du* 10 *mai* 1885.)

Dès lors, il n'y a plus qu'un moyen de faire disparaître les abus qui viennent d'être signalés : c'est de demander au parlement une disposition législative, nouvelle ou complémentaire, qui, comblant la lacune laissée dans la loi de l'an xi, oblige ceux qui se livrent au traitement des maladies de la bouche et des dents à être munis d'un diplôme, comme ceux qui se livrent à la pratique des autres branches de la médecine.

Ici se pose la question de savoir si l'on devrait imposer aux dentistes un diplôme spécial ou exiger d'eux les mêmes conditions de scolarité ou d'examen que pour les autres médecins.

La solution de cette question n'est pas douteuse pour la Commission.

Le maître, un petit sec, parlotte avec douceur,
Mais il tient dans sa main jaune une lame aiguë
Dont il montre un lapin, qui, devant la ciguë,
Calme comme Socrate, a l'oreille en casseur.

Dans la muette chair le scalpel crie, et l'homme,
Elève de lui-même et de Claude Bernard,
Découpe l'animal comme on taille une pomme.

— L'auditrice, sensible, entr'ouvre un œil hagard ;
Un des auditeurs ronfle, et l'autre songe, en somme,
Que, sauté, le lapin serait meilleur, au lard.

Terminons notre Parnasse par une Fable du poète Emile Tillot qui a été lue et applaudie à la charmante réception offerte par notre maître Henri Roger aux membres de l'Association des médecins de France.

Elle estime que les connaissances médicales générales sont indispensables à quiconque veut se livrer à l'exercice d'une partie, si limitée soit-elle, de l'art de guérir. Et, tout en approuvant la tendance actuelle de spécialiser autant que possible la pratique, elle tient à faire remarquer que cette spécialisation ne peut constituer un véritable progrès qu'à la seule condition d'avoir pour base et pour point de départ des connaissances générales solides et étendues. Cela est si vrai que les progrès réels faits dans la pratique de l'art dentaire, depuis un certain nombre d'années, et ils sont nombreux, ont tous été réalisés par des dentistes docteurs en médecine.

On peut donc, tout en étant un docteur en médecine savant et estimé, ne pas dédaigner d'exercer la profession de dentiste et la société a le droit, le devoir même, d'exiger que tous ceux qui veulent exercer cette profession soient, à défaut du diplôme de docteur, munis au moins de celui d'officier de santé.

Il va sans dire que cette obligation ne peut être imposée qu'à ceux qui, dans leur pratique, se livrent sur la bouche à un acte médical ou chirurgical dont l'extraction des dents fait partie.

Quant à ceux qui se bornent à la construction des appareils artificiels, ce sont non plus des dentistes à proprement parler, mais des mécaniciens ou de simples artisans à qui toute liberté pourrait être laissée avec la certitude qu'ils n'en abuseraient pas, car leur métier ne peut s'exercer utilement que sous la direction d'un dentiste médecin.

C'est pourtant cette portion mécanique de la pratique dentaire qui a toujours compliqué la question en montrant au public le dentiste comme un individu à part, dont la profession peut être considérée comme tout à fait indépendante de la profession médicale. Aussi, à

LA BOUGIE ET LA CHANDELLE.

La Bougie un jour rencontra
Dans un salon une chandelle.
— Ce salon-là, Monsieur, n'était pas un modèle
De salon — comme il vous plaira,
Mais la chandelle y restera.
En la voyant, voilà ma péronnelle
Qui s'enfle et d'un ton de fureur
Lui dit : « Y penses-tu ? ta place
N'est pas ici. Ton odeur
Fait boucher tous les nez
Et faire la grimace
Aux gens les mieux élevés.
A toi le chandelier, à moi le candélabre ;
Le salon m'appartient
C'est mon domaine à moi, la cuisine est le tien».
«Dieu ! comme ton orgueil mal à propos se cabre

côté des partisans de la liberté illimitée à laquelle ont conduit les arrêts de la Cour de cassation, s'est-il trouvé des partisans d'une restriction plus grande que celle proposée par la commission. Ces derniers demandent la création d'un diplôme spécial de médecin dentiste comme cela a été adopté dans plussieurs pays voisins du nôtre.

A cette proposition, qui a été soutenue et développée au sein même de la Commission, il peut être fait une première objection capitale : c'est qu'à une licence trop grande, succéderait une restriction excessive, puisqu'un docteur en médecine, capable de soigner toutes les maladies du corps humain, de pratiquer toutes les opérations imaginables, n'aurait plus le droit d'extraire une dent ou d'inciser une gencive à moins de subir un examen complémentaire, qui lui ferait conférer le diplôme spécial de dentiste. Cela n'est pas admissible.

Mais ajoute-t-on : les connaissances générales du docteur ne l'obligent pas à acquérir la dextérité manuelle dont il a besoin pour pratiquer l'art du dentiste, et elles lui laissent le plus souvent ignorer bien des notions spéciales, qui lui seront plus tard indispensables pour l'exercice de cette profession.

Cela est rigoureusement vrai. Mais n'en est-il pas de même pour toutes les autres spécialités, et si l'on crée un diplôme spécial pour les maladies de la bouche et dents, pourquoi n'en créerait-on pas d'autres pour les maladies de la gorge et du larynx, pour les maladies des yeux, des oreilles, de l'estomac, du cœur, pour les maladies des organes génitaux ou urinaires et en particulier pour la pratique de la lithotritie, pour les maladies mentales, etc. ?

A quoi bon, du reste, ces diplômes spéciaux dont le public n'a pas besoin pour être édifié sur la valeur personnelle et les qualités indi-

---

En paix je te laisse briller
Répondit l'humble prolétaire,
Je sens mauvais, le vent me fait couler,
Tu dis vrai, mais rappelle-toi
Notre commune origine.
Que de choses en font foi.
Le suif est notre père,
Vous l'oubliez souvent Madame Stéarine. »

Des fils d'un paysan n'est-ce pas là l'histoire.
L'un reste aux champs et l'autre en pension
Se polit à la ville et perdra la mémoire
Des bienfaits paternels
Grâce aux bienfaits de l'éducation.
Chétifs et vaniteux, voilà bien les mortels.

viduelles des médecins qu'il a besoin de consulter dans chaque cas particulier ? On s'en passe tous les jours dans la pratique sans le moindre inconvénient, et le spécialiste en renom est toujours assez connu pour ne pas avoir besoin de ce supplément de titre universitaire.

Au surplus, ce que l'État ne peut pas faire, des institutions particulières l'ont réalisé, avec un grand succès, sans avoir besoin de l'attache officielle.

Deux écoles se sont fondées à Paris pour former des dentistes de mérite. Les professeurs, qui sont pour la plupart docteurs en médecine, et parmi lesquels on compte un chirurgien des hôpitaux de Paris, enseignent à leurs élèves tout ce dont ils ont besoin pour se perfectionner dans leur spécialité. Ils complètent leurs connaissances en anatomie, en physiologie et en pathologie en même temps qu'ils les exercent à la préparation et à la pose des appareils. Aussi ceux qui sortent de ces écoles sont-ils désignés d'avance à la confiance de la clientèle, lorsque, par l'obtention préalable d'un diplôme de docteur ou d'officier de santé, ils sont munis déjà du droit d'exercer la médecine. Et cela suffit pour que l'État n'ait pas à intervenir en exigeant d'eux de nouvelles épreuves de scolacité.

Il sera juste que la loi à intervenir, qui aura pour but d'interdire la pratique de la médecine et de la chirurgie dentaires à quiconque n'a pas le droit légal d'exercer la médecine en France, respecte dans une certaine mesure les situations acquises sous l'empire de la liberté actuelle, et accorde des facilités ou des délais aux dentistes établis, pour leur permettre d'acquérir le titre universitaire dont ils ont besoin. La Commission a pensé que l'on ne devrait considérer comme sérieusement acquis que les droits existant en vertu de certaines conditions d'âge et d'ancienneté de pratique qu'elle propose de fixer de la manière suivante : ceux-là seuls qui, au moment de la promulgation de la loi, auraient 35 ans d'âge, et cinq années de pratique justifiée par une patente légalisée pourraient être admis à continuer l'exercice de leur profession pendant un temps déterminé (dix ans par exemple) sans être tenu de se pourvoir avant ce délai d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé ; tous ceux qui ne se trouveraient pas dans ces conditions d'âge et d'ancienneté d'exercice devraient se mettre immédiatement, et sans aucun délai, en mesure de se pourvoir d'un de ces diplômes, pour l'obtention desquels des dispenses d'inscription ou de stage pourraient leur être accordées, sur leur demande adressée au Ministre de l'Instruction publique.

Au nombre des privilèges que les dentistes ont cru devoir s'arroger en vertu de la liberté trop grande qui leur a été laissée par suite de la fausse interprétation de la jurisprudence de la Cour de cassation, nous voyons figurer journellement l'emploi des anesthésiques. Et ce sont les accidents survenus pendant l'anesthésie qui, ayant surtout attiré l'attention du gouvernement, l'ont conduit à songer à intervenir pour

réglementer la pratique de l'art dentaire. Mais au point de vue de la saine interprétation de la loi, l'emploi des anesthésiques ne peut pas faire question. Alors même qu'on les administre en vue de supprimer la douleur pouvant résulter de l'avulsion d'une dent, cela ne saurait suffire pour faire considérer l'anesthésie comme un simple acte préparatoire de cette avulsion. Par elle-même l'anesthésie est un acte médical de la plus haute gravité. Non seulement elle exige, au moment où on y procède, des soins tels que les chirurgiens les plus habiles n'y ont jamais recours sans se faire assister d'aides souvent nombreux et toujours expérimentés ; mais, de plus, il est absolument interdit de l'employer lorsque le patient se trouve dans certaines conditions de santé qui peuvent la rendre fatalement dangereuse. Il n'est donc pas possible d'admettre qu'un individu étranger à la médecine puisse être autorisé à s'en servir. Et on est d'autant plus en droit de considérer la pratique de l'anesthésie comme un acte d'exercice illégal de la médecine, que certains auteurs ont cru pouvoir se demander, si elle ne devrait même pas être interdite aux simples officiers de santé. Sans s'arrêter à cette question subsidiaire qu'il n'a pas à résoudre, le Comité pensera que rien dans la jurisprudence, pas plus que dans la loi, ne peut autoriser l'emploi des anesthésiques par des individus non pourvus du droit légal d'exercice de la médecine ; et en présence de la répétition relativement fréquente d'accidents comme celui qui a ému M. le Ministre et dont le nombre atteint le chiffre neuf au moins, pour le protoxyde d'azote seul, sans parler du chloroforme et de l'éther, il demandera que, sans attendre plus longtemps, la pratique de l'anesthésie soit formellement interdite aux dentistes non médecins.

En conséquence, la Commission a l'honneur de vous proposer, Messieurs, de répondre à M. le Ministre :

I. L'exercice de la profession de dentiste doit être interdit à toute personne non pourvue du diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé.

II. Afin de respecter les situations acquises, le droit d'excercer la profession de dentiste pourra être maintenu à tout dentiste âgé de plus de 35 ans, et justifiant par la production de sa patente, de cinq années d'exercice au moment de la promulgation de la loi

III. Toutefois, la tolérance inscrite dans l'article précédent ne donnera dans aucun cas à ces dentistes le droit de pratiquer l'anesthésie, droit exclusivement réservé aux personnes qui ont satisfait aux obligations de la loi du 19 ventôse an XI.



REVUE CLINIQUE

DE LA COCAINE EN CHIRURGIE

(2e ARTICLE)

A. Anesthésie cutanée par la cocaïne. — Ses usages. — La peau, à cause de l'épaisseur plus ou moins grande de son revêtement épidermique, est dans de mauvaises conditions d'absorption ; aussi la cocaïne agira-t-elle différemment suivant que l'épiderme est intact ou qu'il est enlevé. Les *badigeonnages*, *l'immersion*, les *injections hypodermiques*, tels sont les moyens employés pour agir sur les nerfs sensitifs de la peau ; Grasset avait sans résultat pratiqué des badigeonnages sur la peau de l'avant-bras avec une solution à 5 0/0. Ayant ensuite pratiqué une injection hypodermique de 1 centigramme sous la peau de l'avant bras, il observa quecinq minutes après la sensibilité diminuait dans une zone de 5 à 8 centimètres de long sur 3 à 4 de large. Nous basant sur les propriétés absorbantes de la peau dans certaines conditions, nous avons de nouveau essayé, et bien que nos résultats ne soient pas encore concluants, nous croyons intéressant de les rapporter ici. Pour que la peau absorbe bien, il faut que l'épiderme soit perméable, il faut que la peau, en un mot, soit devenue en quelque sorte assimilable à une muqueuse. Aussi, pour que l'anesthésie cocaïque puisse se produire, nous prenons les précautions suivantes. La peau est soigneusement nettoyée, l'épiderme des régions où il est épais est ramolli et gratté afin d'enlever ses parties mortes ; enfin, des bains émollients, un pansement humide ou des cataplasmes appliqués antérieurement ont rendu les parties bien perméables. Après quoi on appliquera un badigeonnage de la solution à 2 ou à 5 0/0, ou même on recouvrira la partie insensibilisée avec une petite compresse ou un fragment de coton hydrophyle imbibé de solution ; la pression de la main favorisera l'absorption. L'immersion d'une partie de petit volume, doigt, pénis, etc., dans la solution aura le même résultat.

Quand la peau est dépouillée de son épiderme, l'absorption est on ne peut plus facile, le contact de la solution avec la surface du derme agit presque instantanément.

dire jamais au-delà de la distance normale pour le travail. Mais l'action de la cocaïne pénètre-t-elle plus profondément ; peut-elle atteindre l'iris ? Koller l'avait affirmé, M. Panas ne le pense pas : Horde, Landolt, Hirschbey, Deneffe ont professé la même opinion. Cependant Zuntz, Hartmann, ont avancé que la sensibilité de l'iris était un peu amoindrie; Haltenhoff, Borde et Bribosia ont ensuite montré que les solutions à 5 0/0 pouvaient agir sur l'iris ; mais que, pour cela, les instillations devaient être répétées très longuement; elles n'ont d'ailleurs aucun danger.

On a aussi pratiqué dans le tissu cellulaire rétio-bulbaire des injections interstitielles avant l'énucléation de l'œil, et des instillations dans la plaie de la strabotomie avant la section du muscle : ces pratiques semblent avoir donné d'assez bons résultats.

On peut donc appliquer l'anesthésie cocaïque à une foule de maladies douloureuses de l'œil ou à des opérations sur cet organe.

La recherche des *corps étrangers* de la cornée est devenue très facile ; on sait combien il était difficile d'ouvrir les paupières, de toucher à une paillette de fer fixée dans la cornée et d'en pratiquer l'ablation. Au moyen de quelques gouttes de solution, on peut maintenir béant l'orifice palpébral, l'œil est immobile; la cornée insensible se laisse toucher, gratter inciser. La *photophobie* dans les kératites, les ulcères de la cornée sont avantageusement combattues par les instillations répétées toutes les heures environ; l'anesthésie est suffisante pour que l'on puisse, comme *Schweigger* l'a fait, traiter *l'abcès de la cornée* par la cautérisation galvanique.

Certaines maladies de la conjonctive nécessitent des opérations, qui ont pu être exécutées sans douleur. Neltleship a cautérisé des *granulations* ; Deneffe a pu pratiquer la section d'une *symblépharose*; Panas, l'abrasion et la tonsure de la conjonctive.

Pour tous les auteurs *l'incision de la cornée* et la *fixation du globe* oculaire au moyen de la pince à griffes se font aussi sans éveiller la sensibilité ; mais tous n'admettent point que la section de l'iris dans *l'iridectomie* pratiquée pour le glaucome ou pour faciliter la sortie du cristallin, soit insensible. Les uns,

avec le professeur Panas, pensent que non ; les autres, avec Koller et Bribosia, admettent la réalité du fait. Il est encore besoin d'expériences à ce sujet.

Dans la *strabotomie*, on doit commencer par anesthésier la conjonctive; puis une fois qu'elle est incisée, on instille dans le tissu cellulaire qui entoure le muscle droit quelques gouttes de cocaïne. Pour Deneffe, le résultat a été nul; pour Bribosia, il y a eu une anesthésie réelle du muscle, dont la section n'a pas été douloureuse.

Knapp, Bribosia, Coks, ont pu aussi pratiquer presque sans douleur *l'énucléation de l'œil*. Ils faisaient des instillations de solution à 4 0[0 sur la conjonctive, puis deux injections hypodermiques de six gouttes de la même solution dans le tissu cellulaire de l'orbite ; cinq minutes après on faisait l'énucléation et elle n'était pas douloureuse.

Enfin, on peut aussi user avec avantage de l'anesthésique dans les opérations sur les *voies lacrymales*, l'incision du point lacrymal et le passage des sondes dans le canal nasal. — La cocaïne est, comme on le voit, appelée à simplifier beaucoup les manœuvres chirurgicales sur l'œil et à soulager nombre d'affections douloureuses de cet organe. On pourrait même la substituer, avec avantage, comme mydriatique, à l'atropine, pour l'examen du fond de l'œil. Son action est en effet aussi puissante, et moins persistante que celle de l'alcaloïde de la belladone.

b) Anesthésie de la *bouche*, du *pharynx* et du *larynx*.

La chirurgie dentaire a déjà usé avec quelque succès de la cocaïne : Oaklez-Coles abolit la sensibilité de la gencive dans les dents cariées, en tamponnant l'excavation bien nettoyée avec du coton hydrophyle imbibé d'une solution à 20 0[0 dans l'huile de girofle. La même solution appliquée sur la pulpe dentaire mise à nu a le même résultat. Norton-Smal (de Westminster), avec une solution aqueuse à 24 0[0 appliquée sur la gencive pendant quelques minutes avec du coton hydrophyle, abolit la douleur provoquée par l'application du dentier, mais non pas celle de l'extraction proprement dite. Un dentiste français, Dunoyiès, résume ainsi les résultats qu'il a obtenus au moyen d'applications d'une solution à 10 0[0 sur la gencive durant 6 à 8 minutes. L'analgésie a été complète dans

l'extraction des dents dont la pulpe et le nerf avaient disparu auparavant, de même dans la section et l'avivement des gencives. La douleur a été seulement atténuée dans l'avulsion des dents qui avaient conservé leurs éléments de vitalité.

— Un chirurgien allemand, Julius Wolf, est le premier qui ait fait sans douleurs une *staphylorraphie* en pratiquant des badigeonnages répétés sur le voile du palais. On sait combien l'anesthésie cloroformique est difficile dans cette opération; il serait grandement désirable qu'on pût lui substituer un moyen aussi simple que celui que nous venons de signaler.

— Les badigeonnages de solutions de cocaïne, ou d'extrait concentré de feuilles de coca, insensibilisent facilement la muqueuse pharyngo-œsophagienne. Il est donc indiqué de les utiliser quand il est utile d'explorer soigneusement l'arrière-bouche, d'y placer le miroir laryngien par exemple.

M. Lermoyez, interne des hôpitaux, a récemment publié dans le *Bulletin de thérapeutique*, une amygdalotomie rendue très facile par ce moyen. On pratiqua de 5 en 5 minutes quatre badigeonnages d'une solution de 3 0[0 et on put guillotiner l'amygdale sans la moindre douleur. M. Dujardin-Baumetz pense que dans les cas d'amygdales très volumineuses on pourra, avec avantage, combiner les injections interstitielles avec les badigeonnages.

— Les laryngologistes emploient la cocaïne sur une vaste échelle dans des cas bien divers; les badigeonnages sur l'épiglotte et le vestibule calment les douleurs si atroces des malheureux atteints d'ulcérations tuberculeuses, et leur permettent de s'alimenter. Jellink et Meyerson, à l'aide de solutions à 10 et 20 0[0 portées, une, deux ou trois fois sur la luette, les piliers, la base de la langue et le larynx, ont pu enlever facilement des papillomes multiples et un polype du larynx.

c). Anesthésie de la *muqueuse pituitaire*.

Lublinski conseille d'insensibiliser la muqueuse du nez au moyen d'un tampon de coton imbibé d'une solution à 10 ou 20 0[0 suivant l'excitabilité des sujets. On n'a pas souvent l'occasion d'utiliser ces conseils pratiques; cependant, il est bon de s'en souvenir quand on aura à pratiquer l'extraction de corps étrangers des fosses nasales. Sajous (*Medical News*) s'en est servi avec succès pour pratiquer des cautérisations de la pitui-

taire au moyendu galvano-cautère ; même bon résultat dans un cas d'ablation de polypes muqueux.

d) Anesthésie de l'*oreille*.

Weber-Liel (d'Iéna) et Zaufel (de Prague) ont pu insensibiliser le fond du conduit auditif externe, et même la caisse du tympan. L'emploi de la cocaïne pourra donc être pratiquée pour calmer les douleurs si violentes de l'otite interne et de certaines otites muqueuses, et de même pour l'extirpation de petits polypes du conduit auditif.

e) Anesthésie de la *muqueuse anale*.

Kelly (de New-York) a pratiqué la cautérisation d'une fissure très douloureuse, après l'avoir insensibilisée avec une solution à 4 0|0.

Le Dr Obissier, après une injection interstitielle, a pu faire sans douleur la dilatation forcée pour guérir une fissure. On pourrait sans aucun doute l'utiliser avec avantage dans les cas d'hémorrhoïdes très douloureuses, ou de névralgie anale.

f) Anesthésie de la *muqueuse génito-urinaire*.

Chez l'homme, plusieurs applications assez intéressantes de l'anesthésie cocaïque ont déjà été faites.

Fergusson, pour faire une *circoncision*, pratiqua, le 25 février dernier, une injection de 5 gouttes de solution à 4 0|0 de chaque côté du gland, dans le repli balano-préputial, puis il badigeonna la surface muqueuse et cutanée avec la même solution ; l'opération, ne fut nullement douloureuse ; une demi-heure après, la sensibilité était revenue.

Blumenfelds, dans les cas de *cathétérisme* difficile et douloureux fait une injection dans le canal avec un peu de solution à 2 0|0 ; l'urètre est insensibilisé. La même méthode pourrait sans doute s'appliquer avec succès dans l'urétrothomie interne.

Enfin, la *Lancet* du 17 janvier dernier contient un fait qui montre que la muqueuse vésicale peut être insensibilisée : une demi-heure après une injection dans la vessie d'une solution de cocaïne à 4 0|0 on put, sans douleur aucune, pratiquer une séance de lithotritie assez laborieuse.

Chez la femme, nous ne parlerons pas de l'emploi de la cocaïne pour ce qui regarde la parturition. Mais, restant dans notre domaine chirurgical, nous signalerons l'heureuse appli-

cation de la solution anesthésique pour l'ablation des *polypes de l'urèthre* ;

Nous rappellerons aussi ce cas remarquable de vaginisme traité avec succès par M. Dujardin-Baumetz au moyen de badigeonnages à 2 0[0. Fraenkel conseille son usage pour la même affection; il l'a aussi employée, ainsi que d'autres gynécologistes, pour obtenir l'anesthésie locale de la muqueuse vulvo-vaginale dans les cas de vulvite et de vaginite douloureuses ; ou bien encore quand il est nécessaire de faire des cautérisations sur ces parties, de sectionner des condylômes vulvaires, etc. Il est presque certain que les opérations de perinéorrhaphie et de fistule vésico-vaginale pourront aussi profiter utilement de la cocaïne.

En terminant cette énumération, par laquelle nous avons voulu montrer à nos lecteurs les avantages sérieux et réels d'un nouvel anesthésique local, nous n'avons plus qu'à souhaiter que son prix le rende abordable à tous ceux qui souffrent.

Dr Barette.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DE LA PORTION SUS-VAGINALE DU COL DE L'UTÉRUS (1),

Par le Dr Albert Leblond, médecin de St-Lazare.

Nous avons eu l'occasion d'observer dernièrement dans le service de M. Gallard, à l'Hôtel-Dieu, plusieurs exemples d'allongements hypertrophiques de la portion sus-vaginale du col de l'utérus qui méritent de fixer l'attention sur quelques points.

Nous ne ferons pas, à l'occasion de notre communication, une étude complète de cet allongement hypertrophique qu'Huguier nous a appris à distinguer nettement de la chute de l'utérus.

Cette lésion est constituée, comme l'on sait, par un allongement de la portion du col utérin située au-dessus des attaches du vagin. Le corps de l'utérus reste dans sa situation à peu près normale, tandis que le museau de tanche s'abaisse et vient faire saillie à la vulve.

(1) Note communiquée au Congrès français de chirurgie, séance du 11 avril 1885.

Ce mouvement de descente s'accompagne de déformations du côté des organes qui adhèrent au col et sont entraînés par lui. C'est ainsi qu'on voit le bas-fond de la vessie s'abaisser et venir former un diverticulum situé à la partie antérieure de la tumeur qui siège en dehors de la vulve et dans lequel s'amasse l'urine que la malade ne peut expulser qu'à l'aide de pressions exercées avec la main. L'urèthre est lui-même entraîné en bas et en arrière au lieu de conserver une direction de bas en haut et d'avant en arrière, de telle sorte que le cathétérisme ne peut se faire qu'en dirigeant la sonde de haut en bas et d'avant en arrière.

Le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, dans l'état normal, répond habituellement au tiers supérieur du col,mais il peut descendre plus bas et s'insinuer entre la vessie et le col pour atteindre l'orifice du vagin. M. Sappey (*Anatomie descriptive*, t. V, p. 755) dit avoir constaté deux fois cette disposition anatomique.

Une pièce que M. Gallard a recueillie, et sur laquelle nous avons opéré une section antéro-postérieure, répond à cette dernière disposition signalée par Sappey, puisque nous voyons le péritoine s'interposer entre le col et la vessie et même descendre plus bas que cette dernière.

Dans les pièces représentées dans le mémoire d'Huguier (*Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus*, J. B. Baillière, éditeur, Paris, 1860) et dans le livre de M. Gallard (*Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, seconde édition, Paris, 1879) nous ne voyons pas le péritoine descendre aussi bas que dans la pièce que nous venons d'indiquer. Aussi la vessie, dans la partie qui répond au diverticulum que nous avons décrit, est-elle ordinairement adhérente au tissu utérin, sans interposition de péritoine.

La présence possible du péritoine dans une partie aussi déclive de la tumeur est importante à signaler si l'on veut éviter d'ouvrir la séreuse dans l'amputation conoïde du col, suivant le procédé préconisé par Huguier.

Si l'on se guide, en effet, sur le bec d'une sonde que l'on fait saillir vers la partie inférieure du diverticulum viscéral et que l'on pratique l'incision du tissu utérin, un centimètre au-des-

sous du bec de la sonde, on voit qu'on a alors de grandes chances pour ouvrir le péritoine.

Cette disposition est sans doute rare ; mais elle doit être présente à l'esprit, et pour éviter la lésion du péritoine, il convient de faire cheminer le bistouri dans l'épaisseur du tissu utérin et non dans le tissu cellulaire qui entoure le col.

En arrière, le péritoine descend toujours très bas et sa lésion est toujours à craindre si le bistouri ne chemine pas dans le tissu de l'utérus.

Le doigt du chirurgien, introduit dans le rectum et recourbé en avant de façon à s'insinuer dans le cul-de-sac recto-vaginal, guide l'opération.

La surface du col devenu procident, subit des altérations notables, la muqueuse s'épaissit et prend l'aspect de la peau ; quelquefois on y constate la présence d'altérations et de taches pigmentaires qui se produisent au niveau des points antérieurement ulcérés.

L'observation la plus intéressante qu'il nous a été donné de recueillir est relative à une jeune fille de vingt ans, marchande de beurre, et qui s'est présentée à la consultation de M. Gallard, offrant une tumeur formée par le col procident entre les lèvres. La saillie de l'organe est de deux centimètres. L'hymen, qui a été dilaté, n'est nullement déchiré, comme il est facile de le constater en repoussant le col dans le vagin.

La sonde utérine pénètre à une profondeur de dix centimètres et demi, attestant ainsi l'existence de l'allongement de l'organe.

La jeune malade n'a eu connaissance de l'existence de sa tumeur qu'à la suite de quelques troubles de menstruation survenus dans ces dernières semaines et qui ont nécessité un examen.

En résumé, nous pouvons conclure :

1° Que le cul-de-sac vésico-vaginal descend quelquefois plus bas qu'on ne l'a admis, et cette disposition doit être présente à l'esprit du chirurgien lorsqu'il pratique l'amputation conoïde du col, suivant le procédé d'Huguier ;

2° Que l'allongement hypertrophique peut être constaté chez la vierge.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

—

MÉDECINE.

Fièvre typhoïde à évolution latente suivie de mort par l'hémorrhagie intestinale. — Ulcérations multiples de l'intestin et de l'estomac, par P. Dignat.— Il s'agit d'un maçon, âgé de 27 ans, habituellement bien portant, mais qui accuse, depuis une huitaine de jours, une lassitude générale avec inappétence, sans diarrhée ni constipation, sans céphalalgie ni douleur d'aucune sorte, et a depuis deux jours un léger accès fébrile avec frisson, chaleur et sueurs. Au bout de trois jours, sous l'influence du sulfate de quinine donné le soir, et d'un léger purgatif, amélioration assez sensible—sauf le manque d'appétit— pour que le malade manifeste l'intention de quitter l'hôpital. Cependant le 5 novembre, deux jours après, la fièvre reparaît de nouveau, 39.3 le matin, 40.3 le soir, pouls 108. Sous l'influence du sulfate de quinine, l'état général s'améliore de nouveau et la température s'abaisse légèrement. — Une bronchite assez intense se manifeste, mais pas d'hébétude, pas de phénomènes abdominaux, pas de taches. Alimentation exclusivement liquide. Quelques oscillations thermiques sans importance, mais bronchite persistante avec état général favorable, et toujours sans phénomènes abdominaux. Le malade meurt le 15 novembre, à 4 heures du matin, après avoir rendu par l'anus un litre et demi de sang environ, presque subitement.

L'autopsie démontre la présence d'une certaine quantité de sang sous forme de caillots mous noirâtres, non adhérents, dans l'intestin. Congestion très intense. Hypertrophie et ulcération d'un certain nombre de plaques de Peyer dans la dernière portion de l'intestin grêle ; nombreuses ulcérations assez petites de même que dans le gros intestin au niveau des follicules clos tuméfiés également. Ces ulcérations sont peu profondes et nulle part on ne trouve de rupture vasculaire appréciable qui permette de reconnaître exactement le point de départ de l'hémorrhagie et surtout d'expliquer son abondance. Congestion de l'estomac ; ulcérations très nombreuses disséminées sur toute

sa surface, sans prédominance spéciale à la région pylorique. Ces ulcérations sont superficielles comme dans l'intestin, de la dimension d'une lentille environ. Pas de rupture vasculaire. D'ailleurs, l'estomac ne contenait point de liquide hémorrhagique.

Ganglions mésentériques notablement augmentés de volume. Pas d'hypertrophie de la rate qui est ramollie.

L'existence d'ulcérations sans siège prédominant permettrait de supposer qu'il existe dans la muqueuse stomacale des follicules clos disséminés un peu partout, question sur laquelle les anatomistes sont loin d'être d'accord. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 28 février 1885).

R. C.

Pseudo-rhumatisme ourlien, par M. Lannois et G. Lemoine. — Les oreillons doivent être rangés dans la classe des maladies infectieuses, à côté de l'érysipèle, de la dysenterie, des angines, de la scarlatine, de la blennorrhagie ; c'est ce qui résulte des travaux de MM. Bouchard, Charin et Capitan Roux. Dans cette affection on signale quelquefois des manifestations articulaires, des pseudo-rhumatismes, comme l'ont démontré Bourcy, dans sa thèse et M. Lannois, et G. Lemoine, dans un travail récent, où ils donnent l'observation de cinq malades.

Les symptômes articulaires surviennent le plus souvent au déclin du gonflement parotidien.

Les articulations atteintes sont de préférence celles des membres inférieurs, les genoux, les cous-de-pied, les hanches ; les séreuses articulaires sont dans quelques cas malades. — Absence de rougeur et de chaleur au niveau des parties atteintes, un peu de gonflement des culs-de-sacs articulaires, dus à un léger épanchement, douleurs modérées à la suite des mouvements, fièvre légère, récidives fréquentes, tels sont les principaux symptômes de ces pseudo-rhumatismes dont la durée peut être de trois à quatre septenaires, mais qui sont toujours suivis de guérison complète.

Le traitement consiste en : repos au lit, enveloppement, embrocations calmantes. Le salicylate de soude paraît avoir peu d'influence sur la marche de cette localisation de la maladie ourlienne. (*Revue de médecine*, mars 1885.)

A. B.

De l'embolie graisseuse, par le Docteur Deniau. — L'embolie graisseuse est l'oblitération des artérioles par des gouttes microscopiques de graisse emportées dans la circulation veineuse et projetées dans les capillaires du poumon. Il est rare mais possible que les particules graisseuses traversent le réseau capillaire du poumon et fassent irruption dans le système artériel de la grande circulation pour s'arrêter en des régions très diverses ; l'encéphale, la choroïde, les reins, etc.

La découverte de ce processus est due à Müller en 1860, puis à Zenker et Wagner en 1862. Depuis lors, les travaux et les observations se sont multipliés au point que l'embolie graisseuse est devenue d'une connaissance vulgaire.

On observe cette grave complication dans un assez grand nombre d'états pathologiques, mais surtout dans les altérations osseuses : en première ligne dans les fractures compliquées de plaie, puis dans les résections articulaires et dans les ostéo myélites aiguës. Certains états de dégénérescence graisseuse des viscères, l'ictère grave et le diabète prédisposeraient tout particulièrement à l'embolie graisseuse. On a même été jusqu'à dire que le coma diabétique n'était autre chose qu'une embolie graisseuse sans que cette assertion ait jamais été démontrée irrécusablement vraie.

Ces symptômes sont peu caractéristiques. Trente-six heures en moyenne après un traumatisme (c'est le cas le plus habituel), un malaise général s'empare du malade, la face pâlit, la cyanose apparaît sur les joues, puis survient de l'agitation, bientôt suivie d'un délire violent qui se résout dans les cas funestes en un coma mortel. D'autres fois, les phénomènes dyspnéiques sont les plus marqués et peuvent s'accompagner du rejet d'une écume sanglante ou d'hémoptysie. Quand les urines portent à leur surface une couche huileuse, ce signe constitue le meilleur élément du diagnostic précis.

La mort peut ne pas tarder plus de quelques heures après le début des accidents ; elle est quelquefois la conséquence d'une inflammation pulmonaire secondaire. Enfin, la terminaison n'est pas nécessairement fatale.

Il est difficile souvent d'établir la distinction entre les diverses complications d'un traumatisme.

L'embolie par un caillot sanguin est beaucoup plus rapide dans son action que l'embolie que nous étudions

La fièvre traumatique et la septicémie aiguë n'éclatent que deux à trois jours après l'accident primitif postérieurement aux manifestations de l'embolie graisseuse.

Du traitement, nous ne dirons presque rien. L'indication principale réside dans la nécessité de faire traverser aux embolies le circuit vasculaire du poumon pour leur permettre dans la circulation générale d'être émulsionnées ou saponifiées par les alcalis du sang rouge.

On y satisfait en augmentant la contractilité cardiaque par les stimulants : alcool, digitale, éther, etc. (*Union Médicale*, n° 173, 1884.) L.T.

OBSTÉTRIQUE — GYNÉCOLOGIE — PÉDIATRIE

De l'emploi du muriate de cocaïne en gynécologie, par MM. Polk. — L'auteur ayant employé l'hydrochlorate de cocaïne dans deux cas de tachélorraphie, croit qu'il est intéressant d'en publier les résultats. Dans le 1er cas, voici comment il procéda : il lava tout d'abord le vagin au moyen d'une douche d'eau chaude, puis le col, le canal cervical et les parois vaginales avoisinant le col furent soigneusement lavés au moyen du savon de Castile ; on fit ensuite un nouveau lavage et on sécha avec soin la surface. La solution à 4 pour cent fut appliquée sur le col, dans le canal, et sur la paroi vaginale adjacente avec un pinceau de poils de chameau. On répéta l'application à 2 ou 3 minutes d'intervalle, puis une troisième fois. Au bout de trois minutes, on commença l'opération. On fut forcé d'enlever une notable quantité du tissu cicatriciel à chaque angle, ce qui permit de faire une opération complète. Le tout dura environ quarante minutes ; la malade ne poussa aucun gémissement et ne souffrit guère que pendant les dix dernières minutes ; elle se plaignit alors d'une sensation douloureuse plutôt que d'une douleur aiguë.

Pensant que ce pouvait être là un cas où la sensibilité de la région était minime, où, par conséquent on aurait pu se dispenser d'employer un anesthésique local ou général, l'auteur fit une seconde expérience. La malade choisie s'observait moins que la première et accusait une grande sensibilité de l'utérus

et du vagin. La préparation de la région et l'application de l'anesthésique furent faites comme dans le premier cas. La malade ne ressentit aucune douleur pendant environ vingt minutes, elle s'en plaignit alors vivement et réclama une application de la solution de cocaïne ; ce fut la quatrième. Au bout de trois minutes on put continuer l'opération et l'achever sans douleur. La dernière application fut faite sur les surfaces sectionnées et arrêta l'écoulement de sang. La patiente, qui trois ans auparavant avait subi la même opération sous l'éther, interrogée sur la méthode qu'elle préférait, répondit immédiatement qu'elle préférait la cocaïne.

Dans le premier cas, le médicament semble avoir non seulement aboli la sensibilité, mais encore retardé l'apparition du sang sur les surfaces sectionnées. Ces cas pourront servir à résoudre la question aujourd'hui à l'étude pour les médecins, à savoir quelle doit être la place comme anesthésique local de l'hydrochlorate de cocaïne. En vue de connaître sa valeur en obstétrique, on fait une série d'observations à l'hôpital d'Emergency ; on applique la solution sur le col et la partie supérieure du vagin pendant les grandes douleurs de la première période du travail. Quant au résultat, l'auteur ne compte le publier que lorsque le nombre des cas sera assez considérable pour pouvoir tirer des conclusions ayant de la valeur. (*Medic. Record*, nov. 1884.)

D^r Ad. Olivier.

Kérato-conjonctivite à la suite d'élimination de l'iodure de potassium par le lait.— Faudon rapporte le fait d'un enfant de 6 mois qui, à la suite d'une conjonctivite purulente, était porteur d'un leucome total adhérent de l'œil, d'une atrophie commençante de l'œil droit et d'un leucome total de l'œil gauche. Le calomel et l'oxyde jaune de mercure furent appliqués sur l'œil gauche. La mère de l'enfant qui, à cette époque, le nourrissait, avait une syphilis secondaire et prenait tous les jours 3 grammes d'iodure de potassium. Au bout de trois jours du traitement prescrit pour l'enfant, il survint une violente kérato-conjonctivite de l'œil gauche qui fut traitée par l'atropine et les compresses chaudes, l'usage des mercuriaux étant interrompu. L'inflammation réapparut à la reprise du traitement hydrargyrique qui fut employé pour l'œil droit et

après deux jours de traitement, une kérato-conjonctivite se développa aussi de ce côté. On en conclut que l'iodure de potassium ingéré par la mère était éliminé en partie par le lait. Absorbé par l'enfant il était alors rejeté par les glandes lacrymales et formait avec le mercure un iodure caustique qui avait amené la kérato-conjonctivite. L'emploi du mercure fut reculé jusqu'au moment où la mère en eut fini avec l'iodure potassique. (*Rev. de Clin. méd.*, 25 août 1884 ; *Archives of Pediatrics*, 15 octobre 1884 ; *Gaceta de los hospitales de Valancia.*)

De l'emploi de crayons d'iodoforme dans l'utérus puerpéral, par le Dr Ehrendorfer. — La formule recommandée pour la confection de ces crayons est la suivante : Iodoforme pulvérisée, 20 grammes ; gomme arabique, glycérine et amidon āā 2 grammes, pour faire 3 crayons ayant 5 à 6 centimètres de long. La proportion d'iodoforme dans chaque crayon est d'un peu plus de 6 grammes ; le nombre des cas et l'expérience acquise par l'auteur en un an et demi l'ont rendu sûr de lui. Les crayons sont employés de la façon suivante : Après la délivrance, la cavité utérine est irriguée avec une solution à 2 pour 100 d'acide phénique et alors, aussitôt que l'utérus se contracte bien, on fait pénétrer un de ces crayons à travers l'orifice interne. On lave d'abord la cavité utérine, afin que le crayon d'iodoforme se trouve en contact avec la surface de la muqueuse propre. Le médicament non seulement désinfecte la cavité utérine, mais aussi, comme il coule à travers le vagin, combiné avec la sécrétion utérine, il baigne et désinfecte les plaies qui existent toujours sur ce canal après tout travail. Il est supérieur à l'acide phénique, ses effets sont plus durables, et, par conséquent, après l'introduction d'un crayon, on peut laisser l'utérus plus longtemps en repos. C'est là évidemment un grand point de gagné, car l'irrigation fréquente de l'utérus, lorsqu'elle est nécessitée par l'état des lochies, à part ce fait qu'on ne peut pas toujours la faire pénétrer, détermine un trouble fréquent de l'utérus et du vagin dans les points où la cicatrisation est en train de se faire, et fait de plus courir le risque de déterminer la production d'une nouvelle plaie par le fait de la pointe de la seringue. Le traitement intra-utérin est alors simplifié par le recours au crayon d'iodoforme, et l'expérience prouve qu'il est sûr et actif. L'auteur rapporte à l'appui

l'histoire de 27 cas où ces crayons ont été employés. Ces cas sont principalement ceux où l'intervention opératoire fut nécessaire, où on enleva des placentas adhérents et enfermés, où on retira des membranes putréfiées, etc., des cas, en résumé, où la septicémie allait se développer ou bien où elle existait. La lecture de ces observations sera certainement favorable à la méthode et justifiera l'opinion de Ehrendorfer, qui croit à la supériorité de sa méthode sur l'irrigation. (*Americ. Journ. of. obstetrics.* January 1885.)

Dr Ad. Olivier.



REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De la douleur physique et morale au point de vue physiologique et pathologique, par le Dr Saint-Vel, in-12 Paris, 1884, Delahaye et Lecrosnier.

Le sujet de ce livre, c'est en quelque sorte la quintessence de la médecine : *ubi dolor, ibi morbus ; ubi morbus, ibi dolor*, a dit je ne sais plus quel ancien. Ce sujet est à la fois le plus vaste, le plus élevé, et le plus pratique en même temps qu'on puisse étudier, et s'il n'a pas plus souvent tenté la plume d'un médecin — car sauf l'opuscule de Mojon qui reflète par trop l'époque et le pays où il a été écrit et qui n'a trait d'ailleurs qu'à un des côtés de la question, nous n'en connaissons pas d'autre que celui publié par le Dr Saint-Vel, — c'est qu'il faut, pour traiter ce sujet d'une façon intéressante, allier un esprit très philosophique à une science médicale peu commune.

L'auteur a donc étudié la douleur sous tous ses aspects et dans toutes ses manifestations, caractérisant sa manière d'être suivant la région ou l'organe affectés, et en déduisant des aperçus cliniques qui dénotent un médecin rompu aux difficultés de la pratique. Nous recommandons particulièrement le chapitre qui concerne les névralgies viscérales, un des points qui demandaient le plus de précision et qui a été parfaitement élucidé. Du reste, le livre tout entier est non seulement à lire, mais à relire, parce qu'il retient l'attention sur le symptôme des symptômes, celui que le médecin doit connaître le mieux et le mieux s'appliquer à soulager, et c'est à ce titre que l'ouvrage en question offre un caractère d'utilité qui en assurera le succès. Ajoutons, d'ailleurs, que la lecture en est agréable et qu'il est écrit avec un soin qu'on ne rencontre malheureusement pas assez souvent dans les ouvrages de médecine. J. C.



FORMULAIRE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

—

Note sur la préparation du papier imperméable (Mackintosh) et de l'ouate salicylique.

M. Cormerade recommande les procédés suivants :

PAPIER IMPERMÉABLE

Le papier imperméable se prépare avec de l'huile de lin et le papier gris (petit). On étend l'huile de lin d'un seul côté à l'aide d'une grosse brosse de peintre. Il faut avoir soin de ne pas dépasser la quantité d'huile nécessaire pour imbiber le papier ; ensuite on le fait égoutter et sécher en le suspendant par un coin à une corde à l'aide d'une épingle recourbée en crochets. La dessiccation exige une quinzaine de jours.

ACIDE SALICYLIQUE

On l'obtient en maintenant l'ouate pendant quelques heures dans une solution d'acide salicylique avec addition de borax pour augmenter sa solubilité; l'opération se fait aisément dans une bassine étamée. La solution a été faite d'après la proportion suivante :

Acide salicylique.......	50 gr.
Borax..................	40 —
Eau de pluie...........	5.000 —

La quantité d'ouate employée est de 500 gr. Quand l'ouate est bien impregnée de la solution, on la retire, on la laisse égoutter en la plaçant sur deux bâtons au-dessus d'une grande bassine; alors on la suspend sur une corde, près de la cheminée, et on la fait sécher en ayant soin de la recouvrir d'une feuille de papier gris pour la mettre à l'abri de la poussière. La dessiccation dure une dizaine de jours. On recueille, dans la grande bassine, le liquide qui s'est écoulé, environ 1800 grammes, et qui peut servir à une nouvelle opération. La quantité de solution salicylique absorbée par l'ouate a été de 3.200 grammes.

(*Archives médicales belges.*)

—

Glycérolé d'alun.

R. W. Partier recommande cette nouvelle préparation dont un emploi prolongé lui a démontré l'efficacité. Il se prépare en dissolvant une once d'alun dans cinq onces de glycérine à une douce chaleur. Au bout de quatre heures cette préparation peut saturer une solution aqueuse. Ce glycérolé est indiqué dans tous les cas qui réclament une puissante astringence locale; il présente sur le tannin cet avantage d'être moins désagréable, d'être aussi astringent et tout à fait compatible avec l'administration du fer. Dans la pharyngite chronique si commune chez les enfants, il est très avantageux. Etendu d'eau, on peut s'en servir en gargarismes, lotions, injections.

(*British Medical Journal.*)

Dr Yvon.

VARIÉTÉS

LUCHON. — Nous apprenons que le Dr *René Serrand*, qui a exercé avec distinction à Cauterets pendant ces dix dernières années vient de fixer sa résidence à Luchon. Nous ne pouvons qu'approuver notre confrère de cette détermination. Les eaux de Luchon présentent en effet les mêmes avantages que celles de Cauterets au point de vue chimique (sulfurées sodiques) et l'altitude de la station (630m au lieu de 960) semble mieux convenir aux maladies habituellement tributaires de ces eaux et plus particulièrement aux affections respiratoires et rhumatismales.

SECRET PROFESSIONNEL. — La cour d'appel, contrairement aux conclusions du ministère public, a confirmé le jugement de première instance qui a condamné le docteur Watelet à 100 francs d'amende, à l'occasion de sa lettre au sujet de Bastien-Lepage.

L'arrêt s'appuie sur ce fait que la loi en matière de violation du secret professionnel ne punit pas seulement l'intention de nuire, mais aussi la simple indiscrétion commise.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le docteur P. Diday fera, le samedi 16 mai, à 10 heures du matin, à la Charité, dans l'amphithéâtre de M. le professeur Hardy, une leçon sur *les origines de l'herpès progénital.*

— La quatorzième session de l'Association française pour l'avancement des sciences s'ouvrira à Grenoble le jeudi 13 août 1885, sous la présidence de M. le professeur Verneuil. Le Congrès comprendra des séances générales et des séances de sections, ainsi qu'un certain nombre d'excursions. Les travaux seront terminés le 20 août et les excursions le 23.

— Le onzième Congrès de l'Association médicale italienne se réunira à Pérouse en septembre prochain. Il y aura en même temps une exposition d'objets et de produits se rapportant à la médecine, à la chirurgie et à l'hygiène.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 *mai* 1885. — Présidence de M. Jules BERGERON.

Vacance. — M. le président déclare une vacance dans la section de physique et de chimie, en remplacement de M. Wurtz.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un correspondant national dans la première division. M. Rollet (de Lyon) est élu au premier tour de scrutin par 54 voix contre 3 à M. Feltz (de Nancy), et 1 à M. Manouvrier (de Valenciennes).

Le microbe de l'érysipèle. — M. Cornil. L'érysipèle est toujours en rapport avec la présence de streptococcus ; reste à savoir si le streptococcus ne se rencontre pas également dans le phlegmon. Le streptococcus de l'érysipèle et celui du phlegmon n'offrent pas grande différence ; cependant le streptococcus de l'érysipèle inoculé donne toujours un érysipèle, c'est là le fait le plus net.

En résumé, s'il existe encore un doute relatil à l'identité ou à la non-identité du streptococcus provenant de l'érysipèle et de celui qui existe dans certains phlegmons, il n'en est pas moins démontré que l'érysipèle est toujours causé par un streptococcus dont le siège, dans les tissus conjonctifs, dans les plasmas lymphatique et sanguin, est parfaitement connu.

M. Cornil croit aussi qu'on peut expliquer les variations du degré de gravité des érysipèles par l'addition de bactéries variées à celles de l'érysipèle. Dans cette catégorie se rangeraient les éruptions qui succèdent à certains traumatismes et les observations très intéressantes d'érysipèle puerpéral dont M. Hervieux a entretenu l'Académie.

M. Trélat se félicite d'avoir provoqué l'apparition de M. Cornil à la tribune. Les renseignements si clairs fournis par M. Cornil montrent pourquoi les pansements rares s'opposent mieux que les autres à la propagation et au développement de l'érysipèle.

Modification de la voix humaine obtenue au moyen des inhalations. — M. Sandras lit une note renvoyée à une commission composée de MM. Dujardin-Beaumetz, Féréol et Gariel.

Alcoolisme. Accès de fureur homicide. Perte complète du souvenir. — M. Motet cite deux cas très différents de crimes commis par des alcooliques, l'un par une femme qui faisait chaque jour des abus considérables d'absinthe : l'autre, par un jeune homme de 26 ans, habituellement sobre et qui, pris subitement de fureur alcoolique, dans un état d'ivresse complète, donna sans aucune provocatlon dix-sept coups de couteau à des personnes qui ne l'avaient nullement provoqué. Cet homme travail-

lait depuis longtemps dans l'air comprimé, aussi son état cérébral ne devait pas être celui de tout le monde.

Pour la femme, il y eut, sur les conclusions de M. Motet, une ordonnance de non-lieu et cette femme est actuellement internée à la Salpêtrière. L'homme, malgré ses conclusions, fut condamné à cinq années de travaux forcés.

Etude sur la goutte des glandes.— M. LE Dr DEBOUT D'ESTRÉES, médecin inspecteur des eaux de Contrexéville, lit sur ce sujet un travail dont les conclusions sont les suivantes :

Les travaux les plus récents sur la goutte s'étendent longuement sur la goutte viscérale ou goutte dans les organes, mais ils sont muets sur la goutte des glandes.

Il existe néanmoins de véritables accès de goutte, siégeant dans le testicule et dans la parotide et alternant avec des accès franchement articulaires.

Dans les faits de goutte parotidienne, cette alternance est nettement accusée.

L'existence de l'orchite goutteuse ne saurait être mise en doute après la discussion récente de la Société médicale des hôpitaux.

Il y a donc lieu d'ajouter un nouveau chapitre à l'histoire de la goutte et de conclure à l'existence de la *goutte dans les glàndes*.

Influence des eaux de Saint-Honoré sur la capacité vitale et la sécrétion urinaire, par le Dr MAURICE BINET.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 *mai* 1885. — Présidence de M. DUPLAY.

Kystes de l'ovaire. — M. POLAILLON rapporte l'observation d'une jeune fille de vingt-quatre ans, à laquelle M. Pozzi avait pratiqué l'ovariotomie quelques mois auparavant, en laissant le pédicule dehors. Bientôt apparut au niveau de ce pédicule une ulcération présentant tous les caractères d'un épithélioma. Cette femme succomba à une pleurésie ; et à l'autopsie, on trouva une masse sarcomateuse allant du pédicule à l'utérus, ainsi que des noyaux cancéreux dans le foie et dans la plèvre. C'est donc là un fait bien évident de généralisation cancéreuse à la suite de l'ablation d'un kyste ovarique, simple en apparence.

Chondrome des mâchoires. — M. BERGER fait un rap-

port sur une communication de M. Kirmisson relative à un chondro-sarcome du maxillaire supérieur droit récidivé pour lequel il a dû faire l'ablation totale de ce maxillaire et l'ablation partielle du maxillaire gauche. Le malade a très bien guéri. M. Berger fait observer qu'il s'agit là d'une variété de tumeurs considérées comme bénignes par les histologistes et qui présentent cependant, cliniquement, certains caractères de malignité. Le malade de M Kirmisson était un homme de quarante ans qui, un an auparavant, avait vu apparaître sur le bord alvéolaire supérieur du côté droit une petite tumeur, laquelle envahit bientôt tout le maxillaire. En raison du développement rapide de la tumeur. M. Kirmisson pense qu'il s'agissait d'un sarcome ; il fit l'ablation totale du maxillaire supérieur droit et partielle du maxillaire gauche. Les suites furent des plus simples et le résultat des plus satisfaisants. L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait d'une tumeur cartilagineuse avec des lobules sarcomateux. Il s'agissait, en un mot, d'un chondro-sarcome. Quelques mois après, il y eut une récidive au niveau de la cloison et de la voûte palatine ; il fut fait une nouvelle opération qui fut suivie d'une guérison durable.

Au point de vue de l'intervention chirurgicale, M. Berger recommande le procédé auquel a eu recours M. Kirmisson, c'est-à-dire l'ablation totale d'un maxillaire, puis l'ablation partielle de l'autre, si c'est nécessaire, ces deux opérations étant faites séparément.

M. Berger termine par les conclusions suivantes :

1° Les tumeurs cartilagineuses du maxillaire inférieur, quoique rares, s'observent encore plus fréquemment qu'on le croit généralement.

2° Il y en a deux variétés : l'une maligne (chondro-sarcome), l'autre franchement bénigne (chondromes purs.)

3° Les premières ont une marche rapide ; les dernières, au contraire, une marche lente.

4° L'ablation de ces tumeurs doit être faite longuement, il faut aller très au delà des limites du mal.

Varices du membre supérieur. — M. Bousquet présente un jeune homme qui est atteint de varices du membre supérieur droit, varices qui s'étendent du poignet jusque dans l'aisselle et au sein du côté droit. Cet homme est bronzeur et peut faire son métier sans aucune gêne. Cette affection date de sa naissance .

Chéloïde. — M. Monod présente un enfant qui porte au cou une vaste chéloïde cicatricielle ; il consulte ses collègues sur la question de savoir s'il faut opérer ou non cet enfant.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 16 *avril* 1885. — Présidence de M. Delthil.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Secrétaire général adresse des félicitations aux membres de la Société qui, à propos du choléra, ont reçu des récompenses et ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

La correspondance comprend les publications périodiques ordinaires.

M. le Dr Dutrieux fait hommage à la société de ses *Souvenirs d'une exploration médicale dans l'Afrique intertropicale.*

M. le Président adresse ses félicitations et ses remerciments à l'auteur.

M. Puy-le-Blanc offre une brochure intitulée : *Du traitement hydro-minéral de l'eczema sécrétant à son début.*

M. Grenet fait un rapport au nom de la commission de nomination de nouveaux membres titulaires.

Conformément aux conclusions de ce rapport, MM. Feraud, Mignon, Le Blond, Fissiaux, Piogey, Bouffé, Reynier, Coupard, Monin, sont nommés membres titulaires.

M. Dutrieux, membre correspondant, présent à la séance demande à échanger son titre contre celui de membre titulaire. Les conditions exigées par le règlement étant remplies, M. Dutrieux est nommé membre titulaire.

M. Jolly donne quelques renseignements complémentaires sur le **Bromure d'arsenic-As-Br^3** !

En vous présentant un échantillon de bromure d'arsenic que nous avons préparé, nous demandons la permission d'ajouter quelques renseignements à ceux que nous a déjà fournis le Dr Campardon.

Le bromure d'arsenic est solide, cristallin, de couleur jaune pâle. Il fond vers 25° et distille sans décomposition à 220°. Il renferme en chiffres ronds 1/4 de son poids d'arsenic métal.

Le bromure d'arsenic est très hygrométrique. Aussitôt que l'on ouvre le flacon qui le contient il émet des vapeurs d'acide bromhydrique. A l'air humide, ou au contact de l'eau il se décompose et donne naissance à de l'acide arsénieux qui apparaît

sous forme de poudre blanche et à de l'acide bromhydrique qui se dégage sous forme de vapeurs, ou reste en dissolution dans l'eau.

Il paraît ressortir des propriétés que nous venons d'indiquer que le meilleur mode d'emploi du bromure d'arsenic serait peut être la forme dilulaire. Si, d'autre part, on tient compte de sa composition, il semble que des granules de 2 milligr. de bromure d'arsenic qui renferment 1,2 milligr. d'arsenic constituent une dose thérapeutique rationnelle. On peut sans inconvénients augmenter progressivement jusqu'à la dose de 10 pilules.

Nous trouvons dans un recueil périodique la formule de la liqueur dont se sert le Dr Clémens sous le nom de bromure d'arsenic. Elle se compose de :

Acide arsenieux	1	partie.
Carbonate de potasse	1	«
Brome	2	«
Eau distillée	96	«

On combine préalablement l'acide arsénieux et le carbonate de potasse puis, on ajoute le brome qui, dans ces conditions, ne peut pas se combiner à l'acide arsénieux et donner naissance à du bromure d'arsenic.

En résumé, la liqueur du Dr Clemens n'est autre chose que de la liqueur de Fowler contenant une minime proportion de composés bromés, de potassium, bromure, bromate et hypobromite probablement. Ce n'est donc pas du bromure d'arsenic.

M. Limousin estime que ce médicament est bien peu stable et voudrait connaître l'action des différents dissolvants sur ce corps pour savoir si l'on peut l'administrer en capsules.

M. Gillet de Grandmont fait une communication sur la **transmission de la tuberculose par l'inoculation de tubercules pris sur un sujet mort depuis 48 heures.** (Sera publié.)

M. Coupard donne l'observation d'un malade atteint **d'hémorrhagie laryngienne** et présente le dessin de la lésion. (Sera publié.)

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

196. — A céder excellent poste médical, à 1 h. 1/2 de Paris. Conditions avantageuses Chemin de fer. Dix communes à desservir. Rayon de population 6000 hab. On céderait installation, mobilier et voiture. — s'adresser au bureau du journal.

195.— Belle clientèle à céder sous conditions dans un bourg de 2000 habitants, à 1 heure d'Orléans. La population à desservir est de 6000 habitants environ. Revenu annuel 10 à 12,000 fr. environ, dont 2000 à 2500 de fixes.— s'adresser au Dr Mouly, 3, rue de l'Odéon.

194. — Un docteur offre de remplacer temporairement un confrère malade ou qui désirerait s'absenter. — s'adresser au bureau du journal.

193. — Clientèle médicale à céder gratuitement dans le dép. des Côtes-du-Nord. S'adr. au Dr Bellouard, 146 bis, avenue de Neuilly.

192.— Un jeune docteur en médecine, désirerait remplacer un confrère à Paris, pendant les vacances. — s'adresser au bureau du journal.

191.— Un confrère désirerait s'associer à la direction d'un établissement hydrothérapique ou de tout autre établissement se rattachant à l'art de guérir. — s'adresser au bureau du journal.

190. — Un docteur en médecine de la Charente-Inférieure offre à titre d'essai, pendant trois mois à un jeune confrère la gérance d'une clientèle aux conditions suivantes :

La moitié du produit de la clientèle ; de plus le preneur aurait à sa disposition, à titre gracieux, une bonne, un domestique, un cheval, une voiture, le logement.

Comme il n'y a pas de pharmacien, le titulaire actuel prendrait à sa charge entière la fourniture des médicaments, mais conserverait pour lui un fixe de 1.200 fr. (annuel). Après ces trois mois d'essai le titulaire prend l'engagement de céder ladite clientèle et le fixe, le tout gratuitement (sous certaines réserves).

Cette clientèle qui date de 30 ans ne peut être conservée par le titulaire pour raison de famille;— s'adresser au bureau du journal.

189. — A céder dans de bonnes conditions une clientèle médicale à Paris, dans un quartier central ; — s'adresser au bureau du journal.

188. — Clientèle médicale à céder immédiatement, dans une station thermale importante. — S'adresser aux bureaux de l'*Union Médicale* 11, rue Grange-Batelière, Paris.

187 — Un jeune docteur prendrait un poste médical, mais avec un certain rapport annuel assuré. — S'adresser à M. E. Bruyère, 9, Allées Damour à Bordeaux (Gironde).

186. — Clientèle médicale à céder *de suite*. Produit 7.000 fr. susceptible d'augmentation. Pas de pharmacien. Peut se faire sans cheval. Résidence charmante sur les bords de la Seine, à 2 kilom. d'une station de chemin de fer à 3 heures de Paris.— s'adresser au bureau du journal.

185. — Clinique et clientèle ophthalmologique à céder dans une grande ville de province au centre de la France. Bonnes conditions : — s'adresser au Dr Onimus, 7, place de la Madeleine, Paris.

184. — A céder à Paris, dans un quartier populeux, clientèle médicale d'un produit de 12 à 15.000 fr. Prix : 5.000 fr.— s'adresser au bureau du journal.

183. — Position à prendre. — On demande un médecin pour la commune de Baugy (Cher). 1.600 habitants. Le canton à 13.000 habitants.— *Grand avenir*. — S'adresser à M. Nourisset, propriétaire à Baugy (Cher).

226. — A céder bonne et ancienne clientèle en pleine activité, à 4 kilomètres d'un important chef-lieu de canton, dans la Charente-Inf. ;— s'adresser au bureau du journal.

220. — Clientèle à céder pour cause de maladie dans une ville de l'Eure. Rapport de 10 à 14.000 fr. ; — s'adresser au bureau du journal.

181.— Bon poste médical à prendre dans un chef-lieu de canton de la Nièvre, sur une ligne de chemin de fer. Pas de pharmacien;— s'adresser au bureau du jounal.

180.— Très bon poste médical à prendre de suite dans le Puy-de-Dôme, d'un rapport annuel de 6 à 7,000 fr. environ ; — s'adresser pour renseignements à M. le maire de Mauzun, par Billom.

179. — Un confrère, ancien médecin militaire, désirerait un poste auquel seraient attachés quelques émoluments fixes ; — s'adresser au bureau du journal.

178. — A céder à 1 heure 1/2 de Paris, bonne clientèle médicale. Pas de concurrents, pas de pharmacien. Recette de l'année dernière : 7,800. Conditions très avantageuses ; — s'adresser au bureau du journal.

177. — La commune de Becon (Maine-et-Loire), bourg de 2 000 habitants, demande un docteur en médecine. La clientèle peut s'étendre à 6 communes voisines à populations denses dont Bécon est le centre. Pas de docteur dans le canton ; — s'adresser au maire de Bécon.

173. — On demande un médecin pour une localité d'un département de la zone parisienne ; — s'ad. au Dr Paillot, à Noyers-s-Sereins (Yonne).

172. — A céder, pour cause de santé, à Herblay (Seine-et-Oise), une excellente situation médicale ; — s'adresser à M. Lemaire, médecin à Herblay où à M. Preud'homme, pharmacien, 29, rue St-Denis, Paris.

170. — Un Docteur de la Faculté de Paris, licencié ès sciences naturelles, âgé de 30 ans, ayant exercé la médecine pendant trois ans, désire faire des remplacements ; — s'adresser au bureau du journal.

168. — Excellent poste médical à prendre de suite à Fervaques (Calvados) ; — s'adresser au maire.

167. — Un jeune docteur, forcé par des raisons de famille de quitter Paris, désire céder sa situation médicale déjà bonne;—s'adresser à M. Tabournel, 19, rue Gosselin, Paris.

Voir la suite des vacances médicales, p. 785

LIQUEUR NORMALE CONCENTRÉE & TITRÉE

Goudron Freyssinge

Seule liqueur de goudron qui, à la dose de 2 cuillerées à soupe dans un litre d'eau, reproduise l'*Eau de Goudron du Codex,* toujours ennuyeuse et difficile à préparer par macération. L'eau de goudron est *digestive* et *apéritive;* bue aux repas, au lieu d'eau ordinaire, elle constitue un excellent préservatif contre les ***Maladies épidémiques,*** les ***Affections catarrhales*** de la poitrine et de la vessie, la **Diathèse** furonculeuse, etc., etc.

Le **GOUDRON FREYSSINGE** s'emploie aussi comme *Tonique, Antiseptique* et *Desinfectant,* par ou mélangé à partie égale d'eau, en *Lotions, Compresses, Injections, Pulvérisations,* etc.

Le Flacon : 2 fr. — *105, RUE DE RENNES, PARIS,* et les principales Pharmacies.

POUDRES DE VIANDE

DE TROUETTE-PERRET

(Garanties Bœuf pur.)

POUDRE DE VIANDE ***Diastasée.*** — **POUDRE DE VIANDE** ***Diastasée et Phosphatée.***

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

FER du DOCTEUR CHALHOUB

de la Faculté de Paris

PEPTONATE de FER

Cette préparation, essentiellement assimilable, constitue à la fois un aliment et un médicament. Le Fer, par son association à la Peptone, se trouve facilement absorbé, de là les résultats obtenus pour combattre l'**Anémie,** la **Chlorose,** les **Pâles couleurs.**

DOSE : *Une cuillerée à café matin et soir dans un quart de verre d'eau, de vin ou de bouillon au moment du repas.*

Préparé par QUENTIN, Phien de 1re classe

22, PLACE DES VOSGES, 22

Vente en Gros : ALBERT PLOT Droguiste, rue du Trésor, 9, PARIS

MÉDAILLE D'OR — NICE 1884

Eau Minérale, Ferrugineuse, Acidule



CALDANE

(CORSE)

Contre Anémie, Gastralgie, Affaiblissement général.

La seule Eau ferrugineuse prévenant la ***Constipation***

CONSULTER MM. LES MÉDECINS

Dépôt chez tous les Marchands d'Eaux Minérales et bonnes Pharmacies.

PILULES DE PEPSINE

HOGG, Pharmacien, 2, Rue Castiglione, PARIS

La FORME PILULAIRE est la meilleure pour prendre la PEPSINE

Ces Pilules sont très solubles,

n'étant recouvertes que d'une **SIMPLE COUCHE** de **SUCRE**

1° PILULES à la Pepsine pure acidifiée

contenant 10 centigrammes de Pepsine.

2° Pilules à la Pepsine et au Fer réduit p' l'Hydrogène

contenant 5 centigr. de Pepsine et 5 centigr. de Fer.

3° Pilules à la Pepsine et à l'Iodure de Fer

contenant 5 centigrammes de Pepsine et 5 centigrammes d'Iodure.

SE TROUVE DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE. — INAUGURATION DE LA STATUE DE BOUILLAUD.

Deux événements scientifiques ont défrayé cette semaine les conversations des cercles médicaux : la séance annuelle de l'Académie de médecine et l'inauguration de la statue de Bouillaud à Angoulême.

L'éloge de Cl. Bernard prononcé par M. Béclard à l'Académie avait attiré un grand nombre d'auditeurs. Nous devons rendre justice au sympathique professeur qui a prononcé mardi dernier un de ses meilleurs éloges. C'est un pas de plus vers l'Académie française où M. Béclard posera, un de ces jours, une candidature redoutable.

A Angoulême un grand nombre de *leaders* de la médecine et de la chirurgie parisienne s'étaient rendus pour rendre hom-

FEUILLETON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HISTORIQUE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE ET DU TYPHUS

Avant 1847, l'opinion des médecins français était loin d'être fixée sur la question de savoir si la fièvre typhoïde et le typhus faisaient une seule et même maladie, ou deux affections absolument distinctes. Dès l'année 1836, Lombard, éclairé par ses observations comparées dans les hôpitaux de Genève, de Paris et de Glascow, avait nettement conclu à la non identité ; Gerhard et Montault avaient, l'année suivante, le premier en Amérique, le second en France, confirmé l'opinion de Lombard et lui avaient rallié bon nombre de partisans. Toutefois, vers la même époque, Gauthier de Claubry, dans un mémoire très étendu présenté à l'Académie de médecine, avait entrepris de démontrer que les deux maladies ne constituaient, en fait, qu'une seule espèce nosologique et crut y avoir réussi. Valleix l'avait réfuté par d'excellents arguments (1839).

mage à la mémoire de Bouillaud. Le discours prononcé par M. Laboulbène, au nom de la Faculté de médecine, a été très applaudi. Rendons hommage à nos confrères de la Charente qui ont rapidement élevé à Bouillaud un monument digne de sa gloire et de son génie.

REVUE CLINIQUE

DE LA PEUR DES ESPACES.

J'ai l'intention cette année de passer en revue avec vous un certain nombre de grandes et intéressantes questions relatives à la neurologie, à la pathologie mentale et à la médecine légale, telles que la peur des espaces (agoraphobie des Allemands), la folie du doute, la folie héréditaire, l'épilepsie larvée, la température dans l'épilepsie, l'interdiction et le conseil judiciaire, etc. Aujourd'hui nous parlerons de la peur des espaces, et, à la fin de la séance, je vous présenterai un homme atteint de cette maladie, mais chez lequel, sous l'influence d'un traitement commencé il y a dix-huit mois, la symptomatologie est déjà un peu éteinte.

Rochoux (1840) était venu corroborer les affirmations de Valleix dans un article des Archives de médecine. Indépendamment de l'opinion des auteurs favorables à la doctrine de la non identité qu'il invoquait, il donnait une observation prise sur lui-même dans laquelle, il faut l'avouer, on aurait peine à reconnaître un cas de vrai typhus. Une publication bien plus considérable avait eu lieu la même année : un jeune médecin anglais, le docteur A. P. Stewart qui, depuis quatre ans, étudiait les deux maladies, à Glascow, pour le typhus, à Paris, pour la fièvre typhoïde, avait présenté à une société qui faisait peu de bruit sous le nom de Société médicale anglaise de Paris, un travail sur les deux maladies, comparées au point de vue clinique et anatomo-[illegible] dans lequel étaient exposés leurs caractères distin[illegible] en déduisait d'irréfutables arguments en faveur de la non identité ; ce mémoire n'eut pas le crédit qu'il méritait ; en le relisant aujourd'hui, on se demande comment la chose n'a pas été considérée dès lors comme définitivement jugée. Je ne citerai pas bien d'autres noms de médecins qui avaient pris parti les uns pour l'opinion de Gauthier de

C'est un état nerveux étrange, dont la description va certainement vous frapper d'étonnement, et peut-être exciter chez vous, je ne dis pas l'incrédulité — car vous me ferez l'honneur de me croire — mais une sorte de surprise mêlée d'inquiétude. Il est caractérisé par une angoisse, une impression anxieuse vive, ou même une véritable terreur se produisant soudainement en face d'un espace donné ou du vide.

C'est un trouble essentiellement émotif, qui ne s'accompagne ni de perte de connaissance, ni de chute, distinct de l'hypochondrie, du vertige épileptique, stomacal ou goutteux, et surtout de la névropathie cérébro-cardiaque. Entrevu par Griesinger, il a été décrit pour la première fois par Westphal, qui en a publié (1872) trois observations des plus significatives.

Plus tard, Cordes en a rapporté 29 cas, Perroud (de Lyon) 8 cas ; moi-même, j'ai été conduit par trois observations très frappantes à rédiger un long mémoire sur ce sujet (1877). Depuis, de nombreux faits sont venus s'ajouter aux faits que nous possédions, et cet accident nerveux est maintenant accepté et mieux connu. La désignation d'agoraphobie que les Allemands lui ont donnée, a le tort, à mes yeux, de limiter le phénomène psychique à la peur des places publiques (ἀγορά), tandis qu'il s'agit en réalité de la peur en face d'un espace, d'un vide quelconque : place, théâtre, église, etc. J'ai pensé que l'expression

---

Claubry, les autres pour celle de Stewart ; je me bornerai à rappeler qu'en 1847, non seulement le doute subsistait encore, mais ceux qui ont gardé le souvenir de l'état de la question à cette époque, pouraient dire que l'opinion des maîtres penchait plutôt du côté du premier que du côté du second. Je pourrais citer Andral, Chomel, Grisolle et d'autres, qui étaient disposés à ne voir dans les deux maladies que des différences de forme.

Au milieu de cette année, on annonça l'apparition du typhus fever à Dublin. On peut retrouver, dans les journaux de l'époque, l'histoire de cette épidémie, la plus meurtrière du siècle en temps de paix. C'était une occasion de chercher et de trouver la vraie solution.

Je venais de terminer mon service de chef de clinique auprès e Chomel. Grâce à son encouragement et à son intercession, et, e ne dois pas l'oublier, grâce à l'appui de Béhier auprès du miistre, je fus envoyé en mission en Irlande.

Au moment de mon départ, Chomel me répéta qu'il s'attendait apprendre de moi, dans un bref délai, que chez les typhiques

« *peur des espaces* » traduirait mieux la vérité, et c'est le titre que porte mon mémoire.

La peur des espaces est compatible avec les apparences de la santé la plus florissante. Un homme, bien portant d'ordinaire, arrive au bout d'une rue, en face d'une place : il éprouve une angoisse soudaine, une émotion inexprimable. Il se trouve comme isolé du monde, il lui semble que son pied repose sur un sol élastique ou s'enfonce dans un terrain argileux; il rougit, pâlit, frissonne, gémit, se lamente, piétine et ne peut avancer. Il ressent une frayeur invincible, une terreur absolument indéfinissable dont il ne peut se rendre maître; il est inondé de sueur et son cœur bat précipitamment. Cependant, il conserve toute son intelligence, et, dans le deuxième temps de son angoisse, il s'interpelle mentalement, se gourmande, s'injurie; mais, quoi qu'il fasse, il est toujours là, n'osant s'aventurer dans le vide immense qui s'ouvre devant lui.

A ce moment, certains agoraphobes ont imaginé à leur usage, pour s'inciter à marcher, un juron familier, un sobriquet qui devient ensuite une obsession. Ce nom est quelquefois bizarre : le malade que vous verrez tout à l'heure a forgé celui de « Ratonbibi » ; un autre s'appelle « Raminagrobis ».

L'impression qu'éprouvent ces névropathes est très pénible et de nature terrifiante. Demandez-leur de la définir, ils en

---

de Dublin les lésions intestinales étaient les mêmes que chez les dothiénentériques.

Rodier, le laborieux associé de Becquerel, proposa de m'accompagner, et nous partîmes ensemble vers la fin de juillet.

Qu'avons-nous vu à Dublin ? Quels fruits, avons-nous rapportés de ce voyage ? La réponse à cette question n'est probablement connue que d'un petit nombre. Je conviens, d'ailleurs, qu'aujourd'hui elle n'a d'intérêt que pour ceux qui tiennent à savoir qu'un compatriote a tenté de contribuer, par ses études cliniques, à la solution d'un problème qui n'avait été étudié à ce point de vue que par des étrangers. A ceux-là, je dirai que les résultats de la mission n'ont pas été nuls ni méconnus par tous.

Dans la seconde édition de son *Traité de pathologie* (1852), Grisolle fait mention de mes études et des analyses hématologiques de Robier. Il déclare que les faits dont je lui ai fait part l'ont converti, lui jusque-là réfractaire à la croyance en la non identité. Dans les pages voisines, il met à profit des renseignements trouvé dans mes notes.

rendent compte nettement et la décrivent sans exagération : il leur semble qu'ils regardent dans un cratère profond, qu'ils sont engagés sur une corde rigide au-dessus de la cataracte du Niagara, ou bien ils ont peur d'avoir une attaque d'apoplexie, de mourir subitement. Ils éprouvent une faiblesse soudaine des jambes, une suractivité circulatoire passagère, des fourmillements, des appréhensions ridicules, des envies de pleurer; mais l'intelligence est saine ; ils n'ont ni éblouissements, ni nausées, ni vomissements, ni incontinence d'urine, ni diarrhée, ni impulsions inconscientes. Ils ont peur de divaguer, de crier, d'être abandonnés, de s'évanouir, de tomber sous les pieds de la foule ; ils ont peur d'être la risée des passants, d'éprouver le besoin d'aller à la selle ; ils ont peur d'avoir peur. Il leur semble que leurs pas se rapetissent à mesure qu'ils avancent, tandis que l'espace s'allonge indéfiniment. Ils sont affolés.

Ces hommes si émus, si terrorisés, il faut peu de chose pour les rassurer : le bras d'un passant, la main d'un enfant ; moins que cela : la vue d'une voiture s'ils sont dans une rue déserte, de la lueur d'une lanterne s'ils sont dans une rue obscure ; moins encore : une arme, une canne, et ils ne se sentent plus isolés, ils ne sont plus effrayés, ils peuvent marcher. C'est la pensée d'être abandonnés dans le vide qui les glace d'effroi ; ce qui les apaise, c'est la conviction d'être assistés, c'est l'apparence

---

En 1856, Godelier termine un mémoire bien connu sur une épidémie de typhus, au Val-de-Grâce, en reconnaissant la justesse de mon opinion et en affirmant, comme je l'avais fait, la non identité.

Enfin au chapitre de l'historique de la fièvre typhoïde, Murchison revient sur le témoignage de Grisolle pour le confirmer. Il fait mention d'une observation que je lui communiquai à Londres. Il s'agissait de l'autopsie d'un individu mort du typhus contracté pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Cette observation, sur l'importance de laquelle il est superflu d'insister, était la première de ce genre. D'autres médecins en ont publié de semblables depuis. Au chapitre du diagnostic de la dothiénentérie, Murchison la rappelle.

C'est en 1849 que le docteur, actuellement sir William Jenner, fit connaître les admirables études qu'il avait entreprises depuis longtemps. Je le trouvais à l'hôpital de la Fièvre, à Londres, en me rendant à Dublin. Il possédait déjà tous les éléments d'une démonstration complète, et m'en fit part avec une libéralité digne

d'une protection. Le phénomène redouté se produit dans les rues larges, dans les rues sans boutiques ou dont les boutiques sont fermées. Aussi les malades ont-ils leur itinéraire pour éviter les grands espaces, la place de la Concorde, le Champ de Mars, les boulevards, etc., et ils arrivent à faire face à leurs affaires, à leurs relations habituelles. Et ces mêmes névropathes, s'ils sont un jour distraits, préoccupés, en proie à une grande contention cérébrale, traversent ces espaces sans accident. En général, tout phénomène émotif — et celui-là l'est au plus haut degré — est plein d'imprévu, mais il sont plus exposés à leur angoisse quands ils sont à jeun ou que la digestions est achevée. Après un bon repas, quand l'estomac est leste, ils passent sans être troublés, la frayeur ne se manifeste point.

J'ai été consulté, il y a sept ans, par une dame de 45 ans, dont voici en quelques mots l'observation. Comme antécédent morbide dans sa famille, je signale un frère imbécile, masturbateur effréné, mort jeune de phthisie pulmonaire. Dans un voyage en Suisse, elle a, au Righi, une sorte de peur qu'elle ne peut s'expliquer ; elle revient à Paris bien portante. En traversant la place de le Concorde, elle est prise d'une angoisse épouvantable ; elle s'arrête, elle rougit, pâlit, tremble, pleure, gémit ; un passant lui donne le bras, elle se remet en marche et

---

de son caractère. Je le quittai absolument édifié. Je tenais cependant à étudier le sujet par moi-même, ne fût-ce que pour accomplir la mission dont j'étais chargé.

J'aurais préféré que d'autres voulussent bien expliquer pourquoi cette mission n'a pas donné de résultats plus dignes de son importance. J'aurais été particulièrement flatté de trouver cette explication dans un livre récent destiné à occuper le premier rang parmi les meilleurs. Loin d'y voir mon nom inscrit entre ceux des médecins qui se sont occupés des relations de la fièvre typhoïde et du typhus, je remarque, non sans tristesse, que l'historique, habituellement conforme à celui de Murchison, en diffère par l'omission de la part très modeste qu'il m'a été donné de prendre à cette œuvre.

Qu'on veuille donc bien me pardonner de rappeler que, douze jours après mon arrivée à Dublin, où mes journées se passèrent dans les salles de malades et les amphithéâtres, j'ai subi moi-même les atteintes de la maladie. J'avais sans doute pu recueillir un grand nombre de faits propres à porter la conviction dans

rentre chez elle. Plus tard, elle éprouve les mêmes phénomènes dans les mêmes conditions.

Elle habite un vieil hôtel au fond d'une grande cour : un jour elle n'ose traverser cette cour et se fait conduire par le concierge. Une autre fois, elle ne peut monter son escalier qui est fort large; elle appelle encore le concierge à son aide. D'angoisse en angoisse, elle arrive à éprouver sa peur chez elle: elle ne peut se tenir dans son salon immense les jours où elle a coutume de recevoir ; sa chambre à coucher même est trop vaste, elle fait établir son lit dans un cabinet de toilette où elle se séquestre. La situation devenait intolérable. On provoque des consultations et les médecins donnent les avis les plus divers et les plus contradictoires. Lorsque je fus appelé pour la première fois, je ne fus pas très affirmatif ; après avoir cherché, étudié, je portai le diagnostic d'agoraphobie. Je fis alors meubler les vastes pièces de l'hôtel; le salon est un vrai bazar, et cette dame l'habite aujourd'hui sans nul inconvénient; le vide seul lui fait éprouver sa frayeur.

Un lieutenant d'infanterie, âgé de 27 ans, en garnison à Lyon, avait l'habitude de passer la nuit dans un faubourg de la ville et de traverser une grande place à 6 heures du matin. Un jour, étant bien portant, il éprouve une peur horrible, et ne peut avancer ni reculer ; il s'admoneste, s'incite à marcher, mais il

---

mon esprit et à la faire passer dans celui de Grisolle. Mais lorsqu'après une longue et pénible convalescence, je consultai mes notes, j'y trouvai un grand nombre d'observations prises, les unes au milieu de cas dont je n'avais pas eu le commencement, les autres au début de cas dont je n'avais pas pu suivre le cours. Je n'ai pas cru devoir tenter, avec ces fragments tronqués, la construction d'une monographie qui aurait nécessairement été trop incomplète.

Mais j'ai pu dire que le but de ma mission était atteint. J'avais reconnu, en 1847, la non identité du typhus et de la fièvre typhoïde, et Grisolle avait été convaincu par ma démonstration.

Henri Gueneau de Mussy.

piétine, tremble, sue ; tout à coup une voiture débouche sur la place et immédiatement il continue son chemin. Quelque temps après, il va voir un de ses camarades logé au 3e étage d'une maison et, ne le trouvant pas, va l'attendre sur sa terrasse. Là, devant le vide, il est pris d'anxiété : il rentre dans la chambre et s'assied en tournant le dos à la fenêtre. Le calme lui revient et il descend en fredonnant comme si rien ne s'était passé. Il traverse la même grande place, à la même heure, en uniforme, le sabre au côté : il n'éprouve rien. Mais un jour, étant en habits bourgeois, il est repris du même affolement. Il consulte un médecin civil qui prescrit des applications de sangsues à l'anus.

Il change de garnison ; après une longue étape, il arrive dans une petite ville où il est logé en face d'une église gothique. Il examine le monument et va le visiter : là, il se voit seul, il a peur comme sur la grande place, il tremble, s'assied et gémit. La porte de l'église était ouverte, il entend causer dans la rue, il s'excite, craint d'être surpris, fait appel à son courage et sort : il est salué par des militaires et se trouve remis. Après deux ou trois accidents semblables, il demande un congé et vient me consulter.

J'ordonne un traitement ; mais la thérapeutique en pareil cas n'est pas tellement efficace que la guérison soit soudaine. Aussi a-t-il peur un matin dans la grande cour de la caserne, où il allait prendre son service : on rit, on fait des suppositions désobligeantes sur son compte, il passe pour poltron, lui qui à vingt ans a été décoré pour action d'éclat. Il se fait mettre en retrait d'emploi pour infirmité temporaire. Depuis il a repris son service ; il est aujourd'hui capitaine, mais il a un poste sédentaire.

Les agoraphobes deviennent casaniers ; ils écrivent volontiers, et, comme ils jugent bien leur état, qu'ils disent absolument la vérité, leurs lettres peuvent servir de base à votre observation. Ils n'ont pas le style ampoulé des hypochondriaques qui passent longuement en revue tous leurs organes ; ils disent simplement qu'ils n'ont rien, mais qu'en face d'un vide ils s'arrêtent terrifiés. J'ai reçu une curieuse correspondance d'un artiste-professeur de Paris très connu, qui est atteint de la peur des espaces. De 1866 à 1874, il a consulté les médecins les plus éminents, et les diagnostic les plus siguliers ont été portés.

Trousseau, dont vous connaissez l'esprit et la sagacité, l'a vu en 1868 ; après avoir étudié le cas et soupçonné le vertige stomacal, une affection de la moelle, sur l'assurance que son client

qui demandait le nom de sa maladie, ne savait pas le latin, il écrivit en tête de son ordonnance : *Morbus sine nomine.*

(A *suivre.*) Dr LEGRAND DU SAULE.

FRACTURE DU LARYNX. — TRACHÉOTOMIE. — GUÉRISON.

Par M. MARCIGNEY, interne des hôpitaux (1).

Le vendredi soir 6 mars, le nommé C..., journalier, âgé de 43 ans, tombe d'une voiture légère, non chargée. L'une des roues lui passe sur les moitiés droites de la face et du cou, qui se trouve ainsi comprimé latéralement. En se relevant, il a les pieds pris sous la même roue ; cependant il peut regagner son domicile, peu éloigné du lieu de l'accident.

Au moment même, il présente de petites hémorrhagies par l'oreille gauche, par le nez et par la bouche.

Tout d'abord la voix n'est pas altérée, mais trois quarts d'heure après, il ne peut plus parler, ni avaler, et éprouve de vives douleurs dans le cou qui gonfle lentement. Pendant la nuit, il crache du sang, la respiration devient pénible. Le lendemain, il entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Côme, n° 10, dans le service de mon maître M. Tillaux.

A la visite du 8 mars, nous le trouvons dans l'état suivant :

La face est tuméfiée, des ecchymoses siègent au-dessous des 2 orbites. Il ouvre difficilement la bouche, mais il n'y pas de fractures des maxillaires.

Le cou présente un gonflement considérable ; la peau, très tendue, offre de chaque côté du larynx une teinte ecchymotique légère. De l'emphysème sous-cutané occupe les régions sus et sous-claviculaires gauches, descend jusqu'au sein, dépassant très peu la ligne médiane.

La respiration est pénible, stertoreuse, le malade se tient assis sur son lit pour favoriser l'inspiration ; il crache des mucosités sanguinolentes, parle difficilement, à voix basse.

Le larynx est aplati, élargi transversalement au niveau du cartilage thyroïde.

La pression à ce niveau est très douloureuse ; le palper montre que les 2 lames du cartilage thyroïde sont écartées l'une de l'autre ; il est vraisemblablement le siège d'une fracture, mais la douleur ne permet pas de rechercher la mobilité anormale des fragments.

La déglutition s'opère très péniblement, ce qui se conçoit, puisque le larynx suit le mouvement ascensionnel du pharynx, et que tout mouvement du larynx est douloureux.

Il n'existe pas de fracture de côte, pas de pneumothorax. On note à l'auscultation une respiration rude, avec quelques râles sibilants dans la poitrine.

(1) Observation lue à la Société médico-pratique, séance du 27 avril 1885.

Les mouvements et les bruits du cœur sont normaux.

Il existe un peu de fièvre, la température, le matin, est de 38°4 et le soir de 38°8.

Des ventouses sèches sont appliquées sur la poitrine du malade.

9 mars. — 3e jour après l'accident. La dyspnée est très intense, il ne respire qu'assis sur son lit. Desquintes de toux rendent encore la respiration plus difficile. L'aphonie est complète.

M. Tillaux perçoit la mobilité anormale des fragments du thyroïde, et une légère crépitation. La fracture de ce cartilage se trouve ainsi confirmée. Voyant l'intensité de la dyspnée, notre maître pense que l'on doit se tenir prêt à pratiquer la trachéotomie.

Le soir, à 4 h. 1|2, je suis appelé auprès de ce malade ; il vient d'être pris d'un accès de suffocation terrible, pendant lequel on l'a cru asphyxié. Je le trouve assis dans un fauteuil, la face très pâle, respirant à peine.

La trachéotomie s'impose d'urgence. Le malade est couché dans son lit, et je pratique l'opération, assisté de plusieurs de mes collègues.

La peau et les muscles sont divisés rapidement avec le termo-cautère, la respiration devenant de plus en plus lente. La trachée est incisée avec le bistouri, et la canule aussitôt introduite dans ce conduit.

A ce moment le malade est en état de mort apparente.

Nous pratiquons la respiration artificielle pendant quelques minutes et sommes assez heureux pour rappeler cet homme à la vie.

Le lendemain, 10 mars, l'opéré se trouve tres bien, il n'a plus de dyspnée et l'emphysème sous-cutané n'a pas fait de progrès.

On note seulement quelques quintes de toux, et une sécrétion bronchique muqueuse très abondante.

On prescrit un julep morphiné.

Le 16 mars, le malade va très bien. La respiration est normale, pas de fièvre Le gonflement de la face et du cou a disparu, plus d'emphysème.

Des ecchymoses noirâtres se dessinent au-dessous des yeux, et sur les parties latérales du cou, de chaque côté du larynx.

Les eschares, produites par le thermo-cautère, sont détachées, la plaie est peu étendue et en bon état.

Nous passons sur les menus détails de cette observation.

Le 30 mars, c'est-à-dire le 21e jour après l'opération, M. Tillaux, pensant que la fracture est consolidée, qu'il y a tout avantage à maintenir le larynx perméable par le passage de l'air, enlève la canule trachéale. Un pansement de Lister est appliqué sur la plaie:

L'air passe très facilement par le larynx, le malade n'éprouve aucune gêne, il ne souffre pas davantage dans la journée et parle à voix basse.

Les mucosités bronchiques, peu abondantes, sont rejetées par la bouche.

Le 10 avril, il ne reste plus que quelques bourgeons charnus au niveau de l'ancienne plaie ; la voix n'a pas encore recouvré son timbre

normal, elle est un peu voilée. Notre malade respire sans éprouver la moindre difficulté.

Il part en convalescence à l'asile de Vincennes.

Considérations. — Cette observation prête à d'intéressantes considérations que je vais mettre brièvement en évidence.

Il s'agit d'une fracture du larynx, c'est-à-dire d'un cas assez rare ; la science n'en possède qu'un nombre limité d'observations.

Disons cependant que, malgré la rareté du cas, l'histoire de notre malade est en quelque sorte classique. — En effet, la fracture s'est produite au niveau du cartilage thyroïde, leur siège le plus fréquent, chez un homme de 43 ans. On sait qu'à cet âge le thyroïde a subi un commencement d'ossification, qu'il offre ainsi une prédisposition plus grande aux fractures. — Celle-ci s'est produite par pression latérale, et son mécanisme est facile à comprendre. L'angle formé par le thyroïde tend à se fermer par rapprochement des ailes de ce cartilage, et lorsque sa limite d'élasticité est dépassée, la fracture se produit près de la ligne médiane au niveau du cartilage décrit par M. Rambaud.

La fracture a été complète, c'est-à-dire qu'elle a intéressé tout le thyroïde dans son diamètre vertical ; il n'y avait qu'une légère mobilité des fragments, d'où la faible crépitation que nous avons perçue, complètement distincte de la crépitation de l'emphysème sous-cutané.

Les autres cartilages du larynx étaient intacts.

Mais des désordres graves ont été produits du côté des parties molles.

Un épanchement sanguin s'est montré sous la peau, de chaque côté du cou. Nous ne saurions dire à quelle profondeur il s'avançait ; mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que la muqueuse laryngée a été déchirée, décollée, que le tissu cellulaire sous-jacent a été infiltré de sang et d'air, en un mot qu'il y a eu œdème de la glotte. Nous en donnons comme preuve l'emphysème sous-cutané, les hémoptysies légères, les accidents asphyxiques que le malade a présentés, et qui ont nécessité l'intervention. L'examen laryngoscopique, pratiqué 99 jours après l'opération, n'a donné que des renseignements très incomplets, le malade pouvant difficilement écarter les mâchoires à cause de la contusion de la joue et du maxillaire inférieur.

Nous n'insisterons pas sur les symptômes présentés par notre malade, la dyspnée, les quintes de toux, les hémoptysies légères, la dysphagie, puis l'asphyxie finale. — Ils sont faciles à comprendre d'après les considérations étiologiques et anatomiques que nous venons d'exposer.

Nous préférons insister davantage sur le pronostic et le traitement.

Les fractures du larynx comptent parmi les lésions les plus graves des voies aériennes.

Sur 52 cas rapportés par M. Hénoque, dans son mémoire de 1868, on compte 19 guérisons et 43 morts ; ce qui constitue une mortalité de 82 0/0.

Le pronostic dans ce cas doit donc être très réservé. On ne devra pas se laisser influencer par la bénignité relative des symptômes des premières heures. — L'infiltration, d'abord lente du tissu cellulaire, peut

progresser rapidement sous l'influence des efforts respiratoires, et amener l'asphyxie en quelques minutes.

Pour nous, un seul traitement doit être appliqué aux fractures du larynx : c'est le traitement chirurgical.

Les antiphlogistiques ne peuvent rien contre les infiltrations sous-muqueuses de sang ou d'air, le danger ne réside pas dans l'inflammation du larynx, mais dans l'oblitération rapide de ce conduit.

Il faut se tenir prêt à pratiquer la trachéotomie, et opérer dès les premières menaces de suffocation.

Celles-ci, en effet, vont croissant d'intensité. Attendre plus longtemps ne sert qu'à mettre le malade dans des conditions défavorables.

Notre observation est très démonstrative à cet égard. Cet homme serait certainement mort si l'opération n'eût été pratiquée.

Les suites en ont été très simples. La dyspnée a disparu aussitôt après l'introduction de la canule ; le gonflement du cou, l'emphysème se sont graduellement effacés. Cet homme a pu jouir d'un repos si nécessaire à la réparation de ses forces.

La consolidation s'est faite très facilement,

La canule doit être laissée en place 20 jours environ, temps nécessaire à la consolidation. Nous conseillons de ne pas la laisser plus longtemps dans la crainte que la réparation ne dépasse le but et n'amène l'atrésie d'un organe qui ne fonctionnerait plus.

DE LA LÈPRE

Par le Dr Lacaze (1).

La lèpre a toujours été considérée comme la plus affreuse des maladies qui affligent l'humanité. Elle existe dans presque toutes les régions; mais les climats chauds sont, sans contredit, ceux où on l'observe le plus. Il est assez difficile, sinon impossible, de remonter à son origine et de dire où elle a pris naissance. Elle passe, chez les anciens, pour être originaire d'Egypte. On l'observe plus particulièrement dans tout l'Orient, en Chine, dans l'Inde, en Afrique. Ce n'est qu'au moyen âge, après les croisades, qu'elle fut constatée en Europe et qu'elle s'y répandit d'une manière extraordinaire. Chose singuliere ! on dirait que la lèpre affectionne particulièrement les climats opposés, ou très froids, ou très chauds. — Dans son invasion européenne, la Norvège en a présenté beaucoup de cas, et aujourd'hui encore, il y a plus de lépreux dans cette région du

(1) Communication faite à la Société de médecine pratique, séance du 7 mai 1885.

Nord qu'en France, en Italie, en Espagne. Il doit y avoir une raison sérieuse à cela, et pour bien l'apprécier, il faudrait l'étudier sur place.

La lèpre a toujours fait naître une répulsion irrésistible. Les lois juives, depuis les temps les plus reculés, l'ont toujours rejetée en dehors de la société. Un lépreux était un maudit. Le porc atteint souvent de ladrerie, était proscrit par la religion, comme nourriture, parce qu'on supposait qu'il pouvait transmettre cette maladie. Les médecins grecs n'en parlent pas d'une manière précise, mais ils ont dû l'observer, car après les grandes guerres de Rome qui avaient amené le mélange des peuples d'Orient et d'Occident, cette maladie, comme plus tard, a dû se transmettre avec les mêmes causes. Au 13e siècle, on comptait en Europe 19,000 léproseries, en France 2,000. Les annales du Valois, de la Lorraine, de la Provence nous ont transmis des détails intéressants sur cette maladie et sur les moyens employés pour l'isoler des populations.

On lit dans le livre du Dr Hecht, « les lépreux en Lorraine » : Les lépreux ou les membres d'une même famille de lépreux, habitaient, en général, chacun une hutte ou maisonnette séparée appelée en Lorraine Borde, parce que, dans l'origine, elles furent élevées le long des chemins, d'où la possibilité pour les lépreux d'implorer de leurs bordes la charité des passants. La réunion de plusieurs d'entre elles était désignée sous le nom de bordel, terme qui, dans l'origine synonyme de léproserie, perdait cette signification dès le 14e siècle; au 16e siècle les léproseries furent supprimées et réunies à des hôpitaux ordinaires.

Dans l'histoire du Valois, par Carlier, on trouve aussi des détails historiques très intéressants sur cette maladie. Des hôpitaux furent créés dans presque toute la seigneurie du Valois. Les uns recevaient les malades ordinaires et les voyageurs, les autres étaient affectés spécialement aux lépreux. On distinguait deux sortes de lèpres, la cutanée et l'éléphantine. La lèpre cutanée n'était à proprement parler qu'une dartre vive qui attaquait d'abord la peau des narilles, que les latins nommaient lepor (1), d'où est venu le nom de lèpre. Partout où le mal s'étendait, la peau se séchait et devenait farineuse ou s'enlevait par écailles. Cette incommodité défigurait affreusement, quoiqu'elle

(1) C'est une erreur, lepros veut dire écaille.

ne fût pas dangereuse.— Les hôpitaux des lépreux étaient confiés à des religieux de l'ordre de St-Lazare ; c'est ce qui fit nommer ces lieux lazarets, et le mal qu'on y traita le mal de Saint-Lazare, dont le nom fut transformé en Saint-Ladre d'où ladrerie, maladrerie.

Aretée a donné une description complète de cette maladie et depuis, excepté dans les temps actuels, on n'a rien eu à ajouter à ses descriptions. Les divisions d'Aretée sont encore celles d'aujourd'hui. Schilling en parle à peu près dans les mêmes termes qu'Aretée. Les autopsies, les recherches microscopiques les analyses chimiques ont fait naître de nos jours des idées nouvelles sur la nature de ce mal. — Les traités publiés en Norvège n'ont pas fait voir sous un jour nouveau les différentes formes de la lèpre.

Le traité de la Spedalsked ou éléphantiasis des Grecs par Danichau, traduit par Cassan de Nogaret avec un atlas de 24 planche coloriées, offre une description complète de la maladie et de ses différentes formes. Au Brésil, elle a été observée aussi et y est très répandue. On la nomme Morphée à cause de l'insensibilité et de l'état de torpeur qu'elle occasionne. Les deux formes principales y sont observées comme partout, l'éléphantique, tuberculeuse anesthésique, l'impétigineuse crustacée, squammeuse.

La lèpre éléphantique est appelée la plus horrible des maladies par Falcon dans son Commentaire sur la chirurgie de Guy de Chauliac. Les pieds et les mains enflent, la peau s'en va en écailles, les cheveux tombent, la bouche s'empuantit, les dents branlent, toutes les parties du corps ne sont plus qu'un ulcère et il croît sur ces parties des pustules grosses comme des châtaignes, d'où flue continuellement un pus infect. Le malade est en proie aux accès des passions les plus brutales ; aussi nomme-t-on ce fléau grande maladie. Cette qualification a été l'origine du mot maladrerie qu'on donne encore aux anciennes léproseries.

On divisait chaque espèce de lèpre en deux natures : lèpre de naissance et lèpre d'accident. L'une venait en naissant, l'autre par la débauche ou le passage d'un pays chaud à un pays froid. On remarquait que plus ces lépreux étaient attaqués dangereusement, plus ils avaient la fureur de se mêler avec

les sains, d'où ladres et larrons veulent tout le monde pour compagnon (Histoire du Valois).

Quelle est la nature des différentes formes de la lèpre? Est-ce une maladie héréditaire, acquise, accidentelle, spéciale, ou pouvant se rattacher à d'autres affections ? Ses débuts sont-ils saisissables ? Peut-on arriver à la modifier par le régime, ou une médication particulière? Nous allons entrer dans des considérations sur tous ces points de vue que nous ferons suivre de quelques observations. Ce n'est pas un traité spécial et complet de la lèpre que nous faisons, mais un simple aperçu qui résulte de nos lectures et de nos observations.

La lèpre est une maladie essentiellement tuberculeuse et la forme squammeuse en est souvent le début, sinon toujours. Il y a aussi un élément, à mon sens d'une grande importance, qu'on a négligé jusqu'à ce jour, le rhumatisme, l'arthritisme. J'ai toujours constaté que des douleurs rhumatismales plus ou moins accentuées précédaient ou accompagnaient l'apparition des taches dartreuses de cette affection. Un caractère qui existe toujours aussi plus ou moins marqué, c'est l'insensibilité, l'anesthésie de ces taches.

C'est principalement par cette insensibilité que le malade commence à s'apercevoir de son mal. Des taches blanches sur les peaux brunes, brunes sur les peaux blanches, en général apparaissent sur le corps, aux pieds, aux mains. Ces taches squammeuses légèrement d'abord sont toujours plus ou moins anesthésiées. Des douleurs se font sentir en même temps dans les articulations, dans les muscles. Les urines sont chargées, troubles, uriques ou albumineuses. Si la maladie est livrée à elle-même, le malade restant dans les conditions d'existence, de climat, de régime toujours les mêmes, le mal s'aggrave et se transforme peu à peu ou plutôt se généralise. La peau se gonfle, la face devient léonine, les phalanges se soudent et les contractures se font voir. — La voix, la vue s'altèrent ou se perdent, des ulcères apparaissent et des phalanges tombent. L'intestin résiste le plus longtemps et finit toujours par se ramollir et ne plus fonctionner. Les désirs vénériens excessifs que relatent certains auteurs ne sont souvent qu'une supposition et le Docteur Faivre, qui a observé au Brésil, a constaté que dès le début de la maladie, les désirs vénériens deviennent à peu

près nuls ; il y a engourdissement dans les extrémités. Tous ces phénomènes accompagnent l'anesthésie des taches. Un symptôme moral constaté souvent et observé depuis longtemps, c'est l'oubli exagéré chez les malades de leur aspect répugnant et leur tendance à se mêler aux autres aussi intimement que possible.

Quelle cause amène le plus souvent cette affreuse maladie ? Le climat d'abord a la plus grande influence, les régions chaudes et celles du littoral particulièrement, le tempérament lymphatique, la nourriture, le poisson des récifs de corail principalement. Les pays où les populations vivent sur des rivages poissonneux sont les plus atteints. A Maurice, à Bourbon, aux Seychelles, cette coïncidence peut être facilement constatée. En Norvège, le poisson, je pense, doit servir de nourriture à une grande partie de la population ; on y observe souvent des constitutions scrofuleuses, rachitiques, qui sont les conditions favorables à cette maladie.

(*A suivre.*)

NOTE SUR UN CAS D'INSERTION VÉLAMENTEUSE DU CORDON OMBILICAL AVEC HYDRAMNIOS

Par le Dr A. Bertazzoli.

L'étude des cas analogues au suivant est importante, car elle peut servir à élucider la question de l'origine du liquide amniotique et la pathogénésie de l'hydramnios.

Le professeur E. Porro, en 1875, a publié l'observation d'un cas plus complexe, mais dans lequel se rencontraient associés les deux faits de l'hydramnios et de l'insertion vélamenteuse du cordon ; plus tard, en 1883, le docteur L. Truzzi rapportait deux autres cas ; dans l'un l'hydrocéphalée s'accompagnait d'hydramnios et d'insertion vélamenteuse du cordon : dans l'autre, avec l'insertion vélamenteuse, on avait noté l'abondance des eaux amniotiques.

Voici l'observation :

A. Angela, âgée de 29 ans, veuve, cordonnière de son état entre à la clinique de Gênes, le 2 février 1885. — Parents vivants et en bonne santé ; la mère a eu 12 accouchements, —

les 11 premiers à terme, normaux, et le dernier à 3 mois de gestation. Les cinq sœurs ont toujours eu des accouchements faciles, — pas de maladies dans l'enfance ; premières règles à quinze ans et dès cette époque règles régulières. — Mariée à 25 ans ; première grossesse normale, accouchement normal. La mère nourrit au sein son enfant ; l'allaitement terminé, les règles reviennent pour disparaître le 20 mai 1884.

Pas de souffrances dans les premiers mois de cette deuxième grossesse ; quelques nausées, spécialement le matin.

Dans le sixième et le septième mois, le ventre devient très volumineux ; la malade ne peut se tenir commodément sur une chaise ; au lit, tiraillements sans suffocations.

Les premiers mouvements de l'enfant sont perçus dans le courant d'octobre ; ils ne sont pas très forts.

Le 31 janvier au soir, la malade étant debout, rupture du sac amniotique, sans douleur du côté des lombes, sans que rien ne fît pressentir la chose. La quantité de liquide perdue fut assez considérable et bien supérieure à celle perdue dans le premier accouchement.

Durant l'écoulement du liquide amniotique, la malade dit avoir ressenti, à plusieurs reprises et d'une façon très distincte, les mouvements de l'enfant ; mais les douleurs éprouvées pendant ce temps étaient faibles et espacées.

Angela a une taille de 1 mètre 46 cent., la conformation du squelette est régulière ; le pannicule adipeux sous-cutané est peu développé, les muscles le sont davantage. — Nulle trace de scrofule ; mamelles bien développées ; bassin normal.

L'enfant expulsé est du sexe masculin et a une apparence saine ; il pèse 2450 gr. et mesure 45 cent. Les diamètres de la tête sont tous inférieurs de 1 cent. à leur longueur moyenne, O F= 10 cent. ; O M = 12 cent. ; S B = 8; BP = 8; B T=7; la circonférence O F = 32. La fontanelle antérieure est élargie, ainsi que la suture sagittale.

La délivrance se fait spontanément au bout de 10 minutes. Les annexes pèsent 580 gr. et présentent les caractères suivants : le cordon est plutôt maigre avec quelques nodosités variqueuses ; il est long de 45 cent. jusqu'à sa bifurcation qui se trouve à 7 cent. du contour placentaire ; aucune anomalie en ce qui est du nombre des vaisseaux ; les spirales peu serrées sont tour-

nées de droite à gauche.— A la bifurcation on voit deux troncs, qui se séparent à angle légèrement aigu ; le plus gros se porte directement vers la superficie fœtale du placenta, l'autre, plus petit, se dirige en bas presque parallèlement au bord libre du placenta pour le rejoindre en un point presque diamétralement opposé à l'entrée du premier.

Ce deuxième tronc décrit un trajet tortueux ; il est entièrement privé de gélatine, entre le chorion et l'amnios, sur une longueur de 24 à 25 cent. ; il émet dans son trajet, deux autres ramifications dont l'une, assez petite, s'en détache presque à angle aigu, Arrivé au placenta, il se bifurque en deux rameaux qui s'anastomosent sur la superficie fœtale avec les autres vaisseaux placentaires.

Le tronc principal, représentant la continuation du cordon, arrivé au bord du placenta, se divise lui-même, à angle aigu, en deux gros vaisseaux qui se subdivisent dichotomiquement et vont rejoindre les extrémités de l'autre rameau qui vient d'être décrit en formant un réseau vasculaire en forme de pâte.

Rien à noter sur la surface utérine du placenta ; membranes faciles à déchirer.

De ce qui précède on peut conclure qu'il s'agit d'un accouchement prématuré avec hydramnios et insertion vélamenteuse du placenta.

Dans le cas présent, comme dans les cas cités précédemment, nous trouvons le fait constant de la division précoce du cordon ombilical à une distance plus ou moins considérable de la marge du placenta, et de troncs vasculaires très visibles, qui rampent tortueusement entre les membranes sur une longueur plus ou moins grande, et qui sont totalement dépourvus de gélatine de Warton.— Ce fait s'accompagne, dans tous les cas observés, d'hydramnios.

On peut donc se demander s'il n'existe pas là une relation de cause à effet entre ces deux phénomènes.

Il est donc important de réunir tous les cas analogues qui pourront se présenter. (*Gazetta Med. Ital. Lomb.*, mars 1885.)

M. Rey.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

—

Quelles sont, des injections chaudes ou froides, les plus utiles dans les cas d'hémorrhagie utérine, par le Dr Schwarz. — L'auteur déclare que son ancienne croyance en la supériorité des injections d'eau chaude sur les injections d eau froide pour arrêter les hémorrhagies utérines est ébranlée, notamment par les deux cas suivants : 1° Primipare de 30 ans ; une heure après la naissance de l'enfant et un quart d'heure après l'expulsion complète et spontanée du placenta, on la trouva anémique et l'utérus remontant au-dessus de l'ombilic ; on enleva une grande quantité de caillots sanguins, et on fit une irrigation phéniquée chaude ; elle arrêta l'écoulement sanguin. L'auteur procéda alors à la suture du périnée, et lorsqu'il l'eut achevée l'hémorrhagie reparut et fut de nouveau arrêtée par une injection d'eau chaude ; seulement elle reparut de nouveau au bout de 5 à 10 minutes et l'eau chaude ne put l'arrêter. Comme on n'avait plus d'eau chaude. on se servit de glace et d'eau glacée, et l'utérus alors se contracta énergiquement et l'écoulement de sang s'arrêta. 2e cas. Multipare âgée de 26 ans, 4me grossesse, syphilitique, accouchement à 7 mois. Des portions du placenta avaient été laissées dans l'utérus, et lorsque l'auteur arriva près de la patiente, elle était dans le collapsus et la résolution, avec pouls faible et refroidissement des extrémités. On donna du chloroforme, puis on vida l'utérus du placenta et d'une grande quantité de caillots sanguins. On fit une injection d'eau phéniquée chaude et l'utérus se contracta vigoureusement. Au bout de quelques minutes, l'hémorrhagie recommença et fut de nouveau arrêtée de la même façon, mais elle reparut rapidement. On se servit alors de simple eau froide sans glace, et l'hémorrhagie s'arrêta définitivement. Depuis ce jour, Schwarz a toujours employé l'eau froide pour arrêter les hémorrhagies, et il trouve que les résultats sont plus sûrs et plus persistants que quand il se servait de l'eau chaude, et cela non seulement dans les cas obstétricaux, mais aussi dans les cas de gynécologie. Il ne pense pas qu'une inflammation sérieuse puisse sur-

venir par le fait de l'usage de l'eau froide dans la vessie ou l'utérus ; il n'attache qu'une faible importance à la perte de chaleur qu'elle occasionne et la regarde comme une vétille. Il pense au contraire que l'eau chaude peut être dangereuse, soit lorsqu'elle n'est pas assez chaude, soit lorsqu'elle est trop chaude, parce que dans le premier cas elle rend l'utérus flasque et augmente l'hémorrhagie, et dans le second tend à produire une paralysie irréparable des fibres musculaires, ce qui survint dans un cas que mentionne l'auteur. L'emploi de l'eau froide ne présente pas de tels inconvénients, et quoique l'eau glacée soit préférable, on peut obtenir de bons résultats de l'emploi de l'eau ordinaire. Il remarque, de plus, qu'après l'usage des injections d'eau chaude, on n'observe que de rares douleurs et elles sont faibles, tandis qu'après les injections froides les douleurs sont fortes et fréquentes, montrant ainsi que ces dernières agissent mieux en augmentant la contraction utérine. (*Centralbl. f. gynæk*, n° 11, 1884.)

Dans le n° 21 du même journal, le Dr Grafe rapporte un cas tout à fait analogue à celui publié par Schwarz. Il rapporte aussi un cas d'hémorrhagie huit jours après l'accouchement que l'eau froide ne put arrêter, et qui céda par l'emploi d'injections chaudes ; et il rappelle trois cas semblables publiés récemment. Il regarde les cas de Schwarz et son premier, plutôt comme accidentels que comme indiquant la tendance de l'eau chaude à arrêter l'hémorrhagie seulement pour un moment ; il pense que si on avait coutume de se servir de l'eau chaude, simplement en raison de sa nouveauté et non de sa valeur, des cas semblables en grand nombre auraient déjà été rapportés. De son expérience il résulte que non seulement l'eau chaude arrête l'hémorrhagie plus vite que l'eau froide, mais aussi plus efficacement, et il déclare que lorsqu'il se servait de l'eau froide, il était fréquemment forcé d'y ajouter du perchlorure de fer et de frictionner longtemps l'utérus ; que maintenant il se sert de l'eau chaude et la trouve suffisante.

(*Edinburgh. med. Journ.*, february 1885.)

Dr Ad. Olivier.



REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire de médecine, par E. LITTRÉ (1). — On a fait grand bruit dans ces derniers temps au sujet de prétendues modifications que les auteurs auraient apportées à la nouvelle édition du *Dictionnaire de médecine de Littré* et qui auraient eu pour résultat de dénaturer l'œuvre du savant philosophe et d'altérer ses doctrines. Cette allégation, dont nous ne voulons pas rechercher l'origine et les mobiles et qui avait trouvé une certaine créance, dans le monde médical, ne nous semble pas reposer sur des fondements sérieux ; il suffit, pour s'en convaincre, de comparer l'édition actuelle avec celle des précédentes, qui furent également l'œuvre de Littré. La seule différence que l'on constate consiste dans la suppression de cinq lignes au mot *Ame*, et cette suppression, formellement demandée par la veuve de l'auteur, a d'autant moins d'importance, que les principes formulés dans les lignes supprimées se retrouvent à peu près textuellement dans d'autres articles.

Est-ce à dire que la nouvelle édition du *Dictionnaire* soit de tous points conforme aux précédentes ? Nullement ; tout en respectant scrupuleusement la doctrine et la méthode de Littré, les éditeurs ont pris soin de mettre son œuvre au courant des récents travaux de la science et de lui donner un caractère essentiellement pratique. Bon nombre d'articles ont été refondus, remaniés, complétés ou ajoutés pour traiter de faits et d'objets nouveaux qui avaient dès maintenant leur place marquée dans un travail de ce genre, et ces articles, signés par des spécialistes éminents tels que Chauvel, Charpentier, Bertillon, Hamy, Kunckel, etc., offrent un caractère d'originalité et d'autorité que l'on chercherait vainement ailleurs. Aussi, grâce à ces additions, le *Dictionnaire de méde-*

(1) E. Littré. Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent, 15e édition mise au courant des progrès des sciences biologiques et médicales et de la pratique journalière. Ouvrage contenant la synonymie grecque, latine, allemande, anglaise, italienne et espagnole, et le glossaire de ces diverses langues. Paris 1884. 1 vol. in-8 de 1800 p. à 2 colonnes avec 520 fig. — J-B.-Baillière. 20 francs.

cine, qui embrasse dans son cadre l'universalité des sciences se rattachant de près ou de loin à l'art de guérir, forme-t-il une encyclopédie médicale à la fois explicative et descriptive, qui peut servir de manuel au praticien, de mémorial à l'étudiant et de guide sûr et méthodique aux gens du monde, curieux, à bon droit, de tout ce qui se rattache aux sciences biologiques. Des figures choisies avec discernement et multipliés à dessein complètent utilement les descriptions du texte et ajoutent encore au mérite d'une œuvre qui n'a point vieilli grâce à ses éditions successives et qui restera toujours classique.

FORMULAIRE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Essai du seigle ergoté.

Pour distinguer le seigle ergoté récent de l'ancien, Koster recommande de faire digérer 2 grammes de seigle ergoté pulvérisé dans 5 cent. cubes d'éther, en agitant souvent. Avec l'ergot récent, la liqueur éthérée est presque incolore, tandis qu'avec l'ergot ancien, elle est manifestement colorée en jaune. Bernbeck ajoute que cette indication peut être complétée d'une façon encore plus sûre en constatant la réaction de la liqueur éthérée qui est neutre avec l'ergot récent et acide avec l'ergot ancien.

Archiv der Pharmacie, XXIII, 1885, 31.

Sur le tannate de Cannabine

Le tannate de cannabine a été préconisé par *Fronmueller* comme un hypnotique agréable, ne laissant aucune suite fâcheuse. Pusinelli l'a essayé dans 63 cas de différentes maladies, à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 50. Dans 34 cas, les résultats ont été satisfaisants et dans les 29 autres l'action a été très faible ou a fait défaut. Le tannate de cannabine peut, d'après cela, être considéré comme un hypnotique doux, mais qui ne peut pas remplacer les calmants déjà connus. (*Deutsche medic. Zeitung*, 48, 1884, *et Archiv der Pharmacie*, XXII, 1884, 510.)

Désinfectant agréable pour appartements.

Camphre	20
Hypochlorite de chaux	50
Alcool	50
Eau	50
Essence d'eucalyptus	1
Essence de girofles	1

Le mélange des substances doit être effectué dans un vase spacieux et refroidi. Quelques gouttes de ce mélange versées sur une assiette suffisent pour désinfecter une

chambre. (*The chemist and Druggist*, 1883 et *Zeitschrift d. Ovesterr. Apoth. Vereines*, XXII, 1884, 349).

M. BOYMOND.



VARIÉTES

—

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — Ordre du jour de la séance du 25 mai :

1° M. Leblond, rapport sur la candidature de M. Rigollet au titre de membre associé ;

2° M. Coursseraut, étiologie de la choroïdite séreuse ;

3° M. Descroizilles, sur quelques points de thérapeutique infantile ;

4° M. Schwartz, deux cas de hernie crurale étranglée.

CONFÉRENCE SANITAIRE DE ROME. — MM. les docteurs Brouardel, Proust et Rochard ont été désignés par le ministre du commerce, pour représenter la France à la conference sanitaire internationale qui doit s'ouvrir à Rome le 20 mai.

Le professeur Koch (de Berlin) est délégué par le gouvernement allemand, à la même conférence.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE ITALIENNE. — Le onzième Congrès de l'Association médicale italienne se réunira à Pérouse en septembre prochain. Il y aura en même temps une exposition d'objets et de produits se rapportant à la médecine, à la chirurgie et à l'hygiène.

— L'inauguration du nouvel hôpital du Havre aura lieu le 31 mai prochain. Situé sur la côte d'Ingouville, cet hôpital présente l'application du système des chalets isolés et à simple rez-de-chaussée.

— Des dépêches officielles d'Espagne annoncent que le choléra a reparu dans quelques-unes des localités de la province de Valence, où il a naguère exercé ses ravages.

STATUE. — La ville de Nancy inaugurera, le samedi 13 juin, la Statue du Dr Crevaux, mort assassiné par les Indiens Tobas.

— M. le docteur Doléris, chef de clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté, commencera son cours d'accouchements le mardi 16 mai, à quatre heures.

Le cours est complet en cinquante leçons, y compris les manœuvres et opérations techniques. — S'adresser 89, rue d'Assas, à la Clinique d'accouchements.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 19 *mai* 1885. – Présidence de MM. HARDY et Alphonse GUERIN.

Prix de 1883. — PRIX PORTAL. — Question : *Le tubercule est-il de nature parasitaire?* — Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur A. Poulet, médecin-major à l'hôpital du Val-de-Grâce.

PRIX BERNARD DE CIVRIEUX. — Question : *Paralysies et contractures hystériques.* — Ce prix était de la valeur de 2,000 francs. L'Académie décerne le prix à M. Paul Richer.

PRIX CAPURON. — Question: *De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants.* — Ce prix était de la valeur de 2,000 francs. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Cazin.

PRIX BARBIER. — Ce prix, était de la valeur de 2000 francs. — L'Académie ne décerne pas le prix, elle accorde à titre d'encouragement, une somme de 500 francs à M. le docteur William Murrell, de Londres, pour son travail intitulé : *Nitro-glycerine as a remedy for angina pectoris.*

PRIX GODARD. — Ce prix était de la valeur de 2,000 francs. L'Académie ne décerne pas le prix ; mais elle accorde à titre d'encouragement: 1° 1,500 francs à M. le docteur Chauvel pour son *Précis d'opérations de chirurgie* ; 2° 500 francs à M. le docteur Georges Nicholich Junior, de Trieste, pour son *Mémoire sur la sclérodermie des adultes.*

PRIX DESPORTES. — Ce prix était de la valeur de 1,500 francs. — L'Académie ne décerne pas le prix. Elle accorde comme encouragement : 1° 500 francs à M. le docteur Vieuse, médecin-major de première classe, pour son mémoire *sur le traitement de la sueur fétide des pieds* ; 2° 500 francs à M. le docteur Campardon (de Paris), pour ses mémoires *De la quassine, Du Thym*; 3° 500 francs à M. le docteur Huchard, pour l'ensemble de ses travaux sur différents sujets. L'Académie accorde, en outre, des mentions honorables à MM. les docteurs Georges Nicholich Junior (de Trieste) et Maxime Drouot, à Moutiers-sur-Saulx (Meuse).

PRIX HENRI BUIGNET. — Ce prix est de la valeur de 1,500 francs. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur A. Charpentier, pour son ouvrage : *l'Examen de la vision au point de vue de la médecine légale.* Elle accorde une mention honorable à M. le docteur A. Chapuis, pour son *Précis de toxicologie.*

PRIX VERNOIS. — Ce prix est de la valeur de 600 francs. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Charles Eloy. Elle accorde des mentions honorables à M. le docteur Paul Fabre (de Commentry) pour ses travaux *sur l'hygiène des ouvriers mineurs*; MM. les docteurs Martin et Napias, pour leurs travaux *sur l'hygiène en France.*

PRIX AMUSSAT. — Ce prix est de la valeur de 2,000 francs. — L'Académie décerne un prix de 1,500 francs à M. le docteur Arloing. Elle accorde, à titre de récompense, une somme de 500 francs à M. le docteur F.-P. Guiard.

PRIX HUGUIER. — L'Académie décerne le prix de la valeur de 3,000 francs à M. le docteur Denucé (de Bordeaux), pour son ouvrage intitulé: *Traite clinique de l'inversion utérine.*

FONDATION AUGUSTE MONBINNE. — L'Académie accorde les sommes suivantes, avec le titre de lauréat de l'Académie : 1° 2,000 francs à M. le docteur C. Van Merris ; 2° 500 francs à M. le docteur Louis Amat, 3° 4,000 francs à M. le docteur A.-J. Martin ; 4° 2,000 francs à M. Straus et 2,000 francs à M. Roux.

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE.— Question : *Faire connaître par des observations précises le rôle que peut jouer, dans la pathologie infantille, le travail de la première dentition.* Ce prix était de la valeur de 2000 francs. — L'Académie décerne : un prix de 1000 francs à M. le docteur Séjournet, de Revin (Ardennes). Elle accorde à titre de récompense : 1° 500 francs à M. le docteur Rousse (de Fontenay-le-Comte) ; 2° 200 francs à M. le docteur Th. Caradec fils (de Brest) ; 3° 200 francs à M. le docteur Adrien Coriveaud (de Blaye). — L'Académie accorde, en outre, des médailles d'argent à MM. les docteurs Léon Bec, médecin à Mezel, et A. Lapierre, médecin à Sedan.

RÉCOMPENSES POUR LES TRAVAUX ÉTRANGERS A LA QUESTION DU CONCOURS. — *Médailles d'argent* : 1° à M. le docteur Foville, inspecteur

général des services administratifs, pour son *Rapport sur l'hospice des Enfants assistés de Paris* ; 2° à M. le docteur Aloïs Epstein, de Prague (Bohême), pour son travail imprimé en allemand et intitulé : *Etude sur les établissements d'enfants trouvés en Bohême et dans d'autres pays*; 3° à M. Eugène Ory, sous-inspecteur des enfants assistés du département de la Loire, pour la première partie de son ouvrage imprimé, intitulé : *La protection de l'enfant et de l'adulte*. — *Rappels de médaille d'argent* : 1° à M. Lavergne, inspecteur du service des enfants assistés dans le département de l'Allier, pour ses deux mémoires imprimés : *Des tours et des secours temporaires* ; 2° à M. le docteur Sagnier, médecin à la Grand'Combe, pour ses réponses statistiques et topographiques au tableau-programme de l'Académie de médecine, 1883. — *Médailles de bronze* : 1° à M. le docteur Gilberton Dubreuil (de Jouy-en-Josas), pour sa note manuscrite *sur l'allaitement artificiel et sur la crèche créée par lui* ; 2° à M. le docteur Léon Dardenne, pour son *Etude sur les causes de la mortalité des enfants du premier âge*, 1882. — *Mentions honorables* : 1° à M. le docteur Louis Girault (de Paris), pour ses *Conseils aux jeunes mères et aux nourrices* ; 2° à M. le docteur Surbled (de Corbeil), pour sa note manuscrite *sur la mortalité infantile dans la ville de Corbeil*.

Prix de 1884. — Prix de l'Académie. — Question proposée : *De la présence des bacilles dans les crachats et de leur valeur séméiologique*. — Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Quatre mémoires ont concouru. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Albert Joly, médecin-major de deuxième classe, à la direction du service de santé du 17e corps d'armée. — Elle accorde des mentions honorables à : 1° M. le docteur A. Cochez (de Paris), et 2° M. le docteur A. Sordes, de Tarare (Rhône).

Prix Bernard de Civrieux. — Question posée : *De la sclérose en plaques disséminées*. — Ce prix était de la valeur de 1,500 francs. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Pierre Marie (de Paris).

Prix Capuron. — Question proposée : *Traumatisme et grossesse, leur influence réciproque*. — L'Académie ne décerne pas de prix. Elle accorde, à titre de récompense, une somme de 500 francs à M. le docteur J. Bouillet, de Béziers (Hérault).

Prix Barbier. — Ce prix était de la valeur de 3,000 francs. — Sept ouvrages ou mémoires ont concouru. — L'Académie décerne le prix à MM. Arloing, Cornevin et Thomas, auteurs du mémoire imprimé, intitulé : *Du charbon bactérien*.

Prix Godard. — Ce prix était de la valeur de 1,500 francs. — Quatorze concurrents se sont présentés. — L'Académie décerne : 1° un prix de 500 francs à M. le docteur Henri Huchard (de Paris), pour son ouvrage *sur les angines de poitrine* ; 2° un prix de 500 fr. à M. le docteur Hippolyte Martin, pour son ouvrage intitulé : *Recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur le tubercule*. — Elle accorde des mentions honorables à : 1° M. le docteur Maurel, pour son *Traité des maladies paludéennes à la Guyane* ; 2° M le docteur Servoles, pour son travail intitulé : *La fièvre typhoïde chez le cheval et chez l'homme* ; 3° M. le docteur André Chantemesse, pour son *Etude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte*.

Prix Desportes. — Ce prix était de la valeur de 1,500 francs. Quinze ouvrages ou mémoires ont concouru. — L'Académie accorde, à titre d'encouragement : 1.000 francs à MM. Josias et Nocard, pour leur mémoire intitulé : *Recherches expérimentales et cliniques sur le traitement de la gale et de l'acarus par le naphtol* ; 2° 500 francs, avec mention honorable, à M. le docteur Eugène Rochard, pour son ouvrage intitulé : *De l'emploi des eaux minérales dans les affections chirurgicales* ; 3° des mentions honorables à M. le docteur Bregnat, de Fleury-sur-Ardelle (Eure), M. le docteur Boucher, médecin-major de l'armée, pour

son *Memoire sur le pansement antiseptique par l'acide sulfureux*, M. le docteur Coiffier (du Puy), pour son livre intitulé : *Médecine antiseptique*.

Prix Buignet. — Ce prix est de la valeur de 1,500 francs. Trois ouvrages ont concouru.—L'Académie décerne le prix à M. le docteur Quesneville, pour son ouvrage intitulé : *Nouvelles méthodes pour la détermination des éléments du lait et de ses falsifications*. Elle décerne également le prix de l'année 1882 à M. le docteur Javal pour ses mémoires *sur l'ophthalmométrie*.

Prix Daudet.—Question posée : *Du lymphadénome*. Ce prix était de la valeur de 2,000 francs. L'Académie décerne le prix à MM Auguste Gérardin, médecin aide-major de première classe au 17e bataillon de chasseurs à pied ; Jean Brousses, médecin aide-major de première classe au 14e régiment de dragons.

Prix Vernois. — Ce prix était de la valeur de 800 francs. — L'Académie décerne le prix à M. Charles Girard ,pour ses *Documents sur les falsifications de matières alimentaires et sur les travaux du laboratoire municipal*. Elle accorde une mention honorable à M. Decroix.

Prix Lefèvre.—Ce prix était de la valeur de 2.500 francs. Deux ouvrages ou mémoires ont concouru. – L'Académie décerne le prix à M. le docteur A. Mairet, de Montpellier (Hérault), pour son travail intitulé : *De la démence mélancolique*. Elle accorde une mention honorable à M. le docteur Gabriel Reignier, médecin à Surgères (Charente-Inférieure).

Prix Orfila.—Question proposée : *De la vératrine, de la sabadilline ; de l'ellébore noir et du varaire blanc*. Ce prix était de la valeur de 6,000 francs. L'Académie décerne le prix à MM. Pierre Rondeau, Gédéon Meillère, Alfred Houdé.

Prix Saint-Paul. —L'Académie accorde, à titre d'encouragement : 1° 500 francs à M. le docteur Giacomo Tedoldi, de Castel d'Ario (Italie), pour son mémoire qui contient un relevé bibliographique et historique très bien fait et un exposé du traitement de la diphthérie par le sulfate de quinine à haute dose ; 2° 500 francs à M le docteur Otto Siefert (de Wurtzbourg), pour un mémoire sur le traitement de la diphthérie par la quinoline ; 3° 500 francs à M. le docteur Ed. Lamarre (de Saint-Germain-en-Laye) pour son mémoire sur le traitement de la diphthérie par les badigeonnages au pétrole et par les inhalations de vapeurs d'essence minérale ; 4° 500 francs à M. le docteur Delthil (de Nogent-sur-Marne), pour son mémoire sur le traitement de la diphthérie par la combustion d'un mélange d'essence de térébenthine et de goudron de gaz.

Prix de la commission de l'hygiène de l'enfance. — Question proposée : *De l'étiologie et de la prophylaxie de la scrofule dans la première enfance*. L'Académie décerne : 1° un prix de 1.000 francs à M. Gustave Lancry, interne des hôpitaux de Paris ; 2° un prix de 500 francs à M. le docteur J. Comby (de Paris) ; 3° des médailles d'argent à : MM. les docteurs Louis Amat, médecin-major à Rodez ; G. Fredet (de Clermont-Ferrand) ; V.-E.-A. Friot (de Nancy). Elle accorde une mention honorable à M. le docteur F. Jacquemard (de Paris). — L'Académie accorde, eu outre, pour les travaux en dehors de la question de Prix : 1° une médaille d'argent à M. le docteur Droixhe, de Huy (Belgique) ; 2° un rappel de médaille d'argent à M. E. Ory, inspecteur des enfants assistés du Jura ; 3° des médailles de bronze à : M Delage, inspecteur des enfants assistés du département de Vaucluse ; M. Charles Guelliot, de Vouziers (Ardennes) ; M. L. Métérier, inspecteur des enfants assistés (d'Indre-et-Loire) ; M. A. Delisle, employé à la préfecture d'Eure-et-Loir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 *mai* 1885. — Présidence de M. Horteloup.

Kéloïde et son traitement. — M. Monod rappelle qu'il a présenté à la dernière séance un enfant atteint de kéloïde du cou.

Il pense que les opinions des membres de la Société doivent être consignées au procès-verbal, parce qu'il s'agit d'une question importante ; c'est pourquoi il revient sur ce sujet. Il est d'avis de faire l'ablation et de surveiller la récidive, quitte à traiter celle-ci si elle survient, dès son apparition, et par des moyens médicaux.

M. Le Dentu se rallie à l'opinion commune de l'abstension, car ces kéloïdes récidivent très souvent après l'opération. J'ai eu l'occasion de constater cette récidive à l'hôpital Saint-Louis, deux fois: dans un cas il s'agit d'un jeune homme, qui a été opéré par M. Richet, et l'opération devait avoir été faite très largement; il y a eu deux récidives. Je crois que les scarifications ont chance de réussir et déjà j'en ai la preuve chez ce malade; la partie supérieure qui a été scarifiée s'est déjà notablement affaissée.

M. Reclus. J'ai vu, l'année dernière, une petite fille qui avait une kéloïde très étendue du cou. J'ai fait la compression continue avec l'emplâtre de Vigo, j'ai donné de l'huile de foie de morue à haute dose et de l'iodure. La kéloïde avait disparu au bout d'un certain temps. Donc, avant de faire une extirpation, il faudrait essayer une des méthodes médicales: la compression, le traitement antiscrofuleux et enfin les scarifications.

M. Le Fort. Il s'agit de se prononcer, non sur les kéloïdes en général, mais sur un cas particulier.

En présence d'une tumeur aussi nettement circonscrite et pédiculée et non adhérente aux parties profondes, je n'hésiterais pas à l'enlever; une récidive, si elle survenait, pourrait être traitée avant qu'elle n'eût pris un grand développement. La tumeur de la malade de M. Monod s'insère par une base beaucoup plus étroite que le reste de la tumeur.

M. Berger a enlevé, sur les conseils de M. Besnier, une kéloïde identique à celle de M. Monod, comme étendue et comme siège. Le petit garçon a guéri sans l'ombre de suppuration; huit mois après, il est revenu avec une récidive dépassant les limites de la tumeur primitive.

M. Verneuil. Je suis d'avis qu'il faut tout faire contre la kéloïde, sauf l'extirpation; il faut distinguer les kéloïdes idiopathiques, et symptomatiques. Il en existe des syphilitiques; j'ai vu un malade qui avait le corps couvert de kéloïdes, un traitement par l'iodure et le mercure longtemps prolongé les fit disparaître toutes.

M. Championnière. La kéloïde ne récidive pas aussi rapidement qu'on le dit, surtout quand on a une réunion immédiate très exacte. J'en ai opéré une chez une dame qui avait été opérée une

première fois ; la récidive s'était remontrée avant la guérison. Mon opération fut suivie de réunion immédiate absolue : la guérison se maintint.

M. Tillaux. Je n'opérerais pas la malade de M. Monod. Je suis resté sous l'impression de ce que disait Nélaton dans la fin de sa vie ; il avait beaucoup opéré de kéloïdes quand il était jeune, plus tard il y avait renoncé.

Tétanos traumatique guéri par le chloral à haute dose, par M. Cauchois. — Rapport M. Verneuil. — M. Jullien publia l'année dernière une de mes leçons cliniques sur le traitement du tétanos, dans laquelle j'exposais les préceptes qu'il faut suivre. M. Cauchois les a suivis à la lettre et a eu le bonheur de guérir son malade.

Les préceptes sont les suivants : il faut que le malade soit plongé dans une obscurité profonde, dans une pièce où il n'y ait pas de bruit, pas d'attouchements ; l'entourer complètement dans l'ouate d'une épaisseur de 7 à 8 centimètres, de manière à le maintenir dans une température constante ; il faut lui donner des aliments liquides et lui donner à manger quand il est dans le sommeil.

C'est une affection qu'on ne jugule pas, d'où la nécessité de continuer le traitement très longtemps, même quand on croit le tétanos guéri. L'observation de M. Cauchois rapporte le cas d'un malade dans lequel ce traitement a été suivi pendant vingt et un jours.

Je lis dans un journal russe, *le Vratch*, l'observation d'un jeune malade de 19 ans, entré à l'hôpital avec le tétanos déjà confirmé.

La durée du traitement fut de vingt-sept jours. Chez ce malade, le traitement peut être divisé en trois périodes :

Dans une première période on a donné du bromure, du chloral et de la morphine. On supprime le chloral au septième jour. Le lendemain, les contractions tétaniques atteignent leur maximum, c'est la deuxième période. Dans la troisième période, on donne 30 grammes de chloral en trente-six heures et puis 6 grammes par jour : à partir de ce moment l'amélioration se montre et la guérison s'obtient après vingt-sept jours.

Ce qui démontre l'utilité des hautes doses, c'est l'observation suivante du Dr Robuchon, qui date de 1873 : il s'agit d'un homme qui eut une blessure de doigt ; le bromure, la morphine, l'opium ne firent rien, le tétanos s'aggrava; dès lors on ne donna que le chloral ; il y eut un amendement notable : mais les doses de chloral étant minimes, le malade succomba.

Indépendamment des préceptes que j'ai indiqués, je considère comme excellente l'association du chloral et de la morphine.

Il y a une espèce d'anarchie dans le traitement : aussi peut-on se féliciter quand on voit un traitement qui réussit.

M. Richelot insiste sur la tranquillité du malade. Le chloral est un excellent agent, mais il est trop faible à lui seul contre certains tétanos ; il faut encore insister sur le calme absolu. C'est Renzi qui a le premier préconisé le calme.

Il faut ajouter aussi le traitement chirurgical : ce précepte n'est pas absolu, mais si l'intervention chirurgicale est indiquée, il faut intervenir.

M. TERRIER. La formule donnée par M. Verneuil est très rationnelle. On doit éviter évidemment toute excitation réflexe, et donner des narcotiques. Voilà la théorie. Reste la pratique. Malheureusement celle-ci donne des résultats tout autres bien souvent. Je soignais, il a quelques années, en même temps, deux tétaniques : l'un deux qui était dans de meilleures conditions que l'autre mourut, l'autre guérit. Les résultats ont été différents. La raison, c'est que dans certain cas, le tétanos marche d'une manière chronique, prend un groupe musculaire, puis l'abandonne et ainsi de suite. Le traitement a le temps d'agir; dans le tétanos à marche aiguë, le traitement est impuissant. On ne peut pas toujours appliquer ces préceptes.

Résection tibio-tarsienne. — M. POLAILLON présente un malade auquel il a pratiqué une résection tibio-tarsienne d'après le procédé qu'il a indiqué à l'Académie de médecine. Ce malade avait eu une fracture du péroné vicieusement consolidée; il lui a fait la résection de la malléole interne et d'un centimètre de haut du plateau tibial, et en même temps une résection sous-périostée de 1 centimètre du péroné à 3 centimètres au-dessus de la tête; le résultat orthopédique et fonctionnel est excellent.

Election. — M. HUMBERT est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 27 avril 1885. — Présidence de M. HUCHARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est mis aux voix et adopté.

La parole est à M. le secrétaire général pour le dépouillement de la correspondance.

La corresponcance manuscrite comprend : Une lettre de remerciements de M. Yot et de M. Martin, élus dans la séance précédente ; une lettre de M. le Dr Berne, présentant sa candidature au titre de membre associé. M. Pennel est nommé rapporteur scientifique. M. Tripet rapporteur moral.

La correspondance imprimée comprend : 1° *Le Bulletin de la Clinique Ophtalmologique des Quinze-Vingt* ; 2 *numéros de la Revue Médicale* ; 1 *Numéro de l'Art dentaire* ; le tome 21me *des Mémoires de la Société de Médecine* ; un travail *sur les Procédés pratiques pour l'analyse des Urines, des dépôts et des calculs urinaires*. Le Dr Lafosse, médecin inspecteur des Eaux de Vals, adressée à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, une brochure intitulée : *Guide médical aux Eaux de Vals*, et sa thèse sur l'action thérapeutique des Eaux de Contréxeville. M. Deniau, rapporteur scientifique.

M. le président fait part à la Société du deuil qui vient de frapper un de nos plus sympathiques collègues, M. le Dr Rœser,

et charge, au nom de la Société, un référendaire de transmettre à notre collègue l'expression des regrets sincères des membres de la Société.

La parole est à M. le Dr Latty, candidat au titre de membre associé pour la lecture de son **Observation de syphilis pulmonaire héréditaire.**

M. Richelot demande à M. Latty quelles sont les lésions apparentes.

Ces lésions sont très remarquables ; elles consistent en un aplatissement et une atrophie considérable du thorax.

M. le Dr Latty présente une photographie du sujet qui est ultérieurement introduit dans la salle.

M. Pennel est nommé rapporteur de la candidature de M. le Dr Latty.

M. le Président souhaite la bienvenue à M. Lucas-Championnière.

M. le Président propose de mettre à l'ordre du jour de la prochaine séance la nomination d'un second secrétaire annuel. La proposition est adoptée.

La parole est à M. Marcigney, interne des Hôpitaux, candidat au titre de membre associé pour la lecture de son observation relative à un cas de **Fracture du larynx traitée et guérie par la trachéotomie** (voir page 759).

M. Pennel est nommé rapporteur de la candidature de M. Marcigney.

M. le Président souhaite la bienvenue à M. Martin, qui assiste pour la 1re fois à la séance.

La parole est à M. Cyr pour la lecture du rapport sur la candidature de MM. Desplats (de Lille), Poulet (de Plancher-les-Mines), Blanquinque (de Laon) au titre de membre correspondant. Les rapports concluent à l'admission des candidats.

La parole est à M. Boucheron pour sa Communication **sur la cyclite rhumatismale légère.**

M. Boucheron passe en revue *l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie et le traitement de la cyclite rhumatismale légère.*

Il attire spécialement l'attention sur le rôle des procès ciliaires dans le processus de la nutrition et dans la sécrétion des liquides formant les *milieux* de cet organe ; enfin, dans la production des liquides pathologiques fibrillogènes, liquides qui, en pénétrant dans la masse du corps vitré, donnent naissance aux opacités et aux corps flottants du corps vitré, en s'accumulant dans la chambre antérieure, produisent un jour hypopion, et en se répandant dans la lamina fusca déterminent l'atrophie de la choroïde.

Pour la symptomatologie, elle a été chez les malades observés par M. Boucheron ce qu'elle est ordinairement, c'est-à-dire qu'il y a eu diminution de l'acuité visuelle (diminution d'un quart à un 5me de l'acuité normale), trouble visuel, crises de douleurs spontanées et douleurs à la pression, surtout dans l'hémisphère supérieure du globe oculaire, apparition d'un hypopion, hyperthermie conjonctivale et périkératique, etc.

Chez une de ses malades, chaque crise fut suivie d'une diminution notable de l'acuité visuelle.

Il est d'autant plus important de ne pas confondre les attaques de cyclite rhumatismale légère qui surviennent chez les rhumatisants, particulièrement chez les sujets myopes ou prédisposés héréditairement, avec les troubles névralgiques, avec les accès de migraine opthalmique, avec les accidents plus légers et d'une autre nature qui constituent l'asthénopie accommodative, que cette erreur est loin d'être rare et que bon nombre de malades observés par M. Boucheron se présentent trop tard, alors que ces prétendus accès de migraine ophtalmique ont fini par désorganiser progressivement le fond de l'œil, chaque attaque en guérissant ayant laissé la fonction de plus en plus altérée. Au point de vue étiologique, M. Boucheron insiste sur l'influence que l'approche des accès de goutte et l'imminence de l'époque menstruelle ou de l'établissement de la fonction exerce sur la marche et la reproduction d'accès de cyclite.

Les causes occasionnelles de l'attaque seraient pour M. Boucheron particulièrement les excès vénériens, le surmenage oculaire, enfin les excès de boissons, de tabac, etc.

Quant à la cause pathogénique prochaine de l'attaque de cyclite, M. Boucheron avance l'hypothèse de l'élimination des sels uriques et des déchets excrémentitiels dont le sang est chargé chez les goutteux par l'épithélium sécréteur qui garnit la face profonde des procès ciliaires, d'où irritation et inflammation des parties en contact avec ces sécrétions irritantes. Dans tous les cas, quelle que soit la valeur de l'hypothèse, M. Boucheron rappelle les dernières expérimentations, la découverte par Wurtz, de l'urée et de l'acide urique dans les humeurs, dans la salive des goutteux, dans les milieux de l'œil, chez les animaux auxquels on a injecté de l'urée, enfin, dans le sang des règles, comme l'a montré Chassaing.

Le traitement se fonde sur ces données expérimentales. Il a pour base l'éloignement de toutes les causes prédisposantes ou déterminantes de l'attaque ; l'usage fréquent et longtemps continué des purgatifs, des diurétiques, des diaphorétiques, enfin, le calmant, l'emploi de l'atropine.

M. Picard demande s'il y a quelque rapprochement à établir entre les accès de cyclite rhumatismale et les accès de migraine ophtalmique. M. Huchard demande s'il n'y a pas quelques moyens de différencier la vraie migraine de ces attaques de cyclite aiguë légère, plastique ou lymphatique.

M. Boucheron répond que la distinction est souvent fort difficile à faire en raison de l'analogie des symptômes. Toutefois, la cyclite procède par crise de plusieurs poussées, chacune durant un temps variable, tandis que la migraine présente généralement une marche cyclique bien nette, l'accès durant généralement de 6 à 24 heures, avec un stade prodromique, une période d'état ou acmé, se terminant brusquement par des vomissements avant-coureurs de la guérison.

M. Cadet de Gassicourt fait observer que cette distinction est généralement méconnue par les cliniciens des vraies mi-

graines ophtalmiques et des fausses migraines symptomatiques de cyclites, d'arodo-cyclites, d'attaques de glaucomes plus ou moins ébauchées, et félicite M. Boucheron d'avoir, par sa communication, provoqué cette discussion et aidé à la solution du problème.

M. Huchard prie M. Boucheron de vouloir bien résumer sa communication dans une note qui sera insérée au Bulletin, et le remercie au nom de la Société ; il ajoute que cette question de la distinction des migraines et de l'attribution aux causes véritables est une des plus intéressantes et des plus épineuses de la clinique journalière. C'est cependant un diagnostic fécond en conséquences thérapeutiques ; il en donne pour preuve le cas d'un malade qu'il a pu observer fort longtemps et qu'il a traité pour des accès de migraines d'allure absolument régulière et classique. Ayant été amené a examiner fort longtemps après l'urine du malade, il y trouva de l'albumine symptomatique d'une néphrite interstitielle, à laquelle du reste le malade finit par succomber.

Ainsi ces migraines à allure si nette, si classique, si franches, n'étaient très probablement que des fausses migraines, des manifestations trompeuses d'un empoisonnement urémique.

M. Martin demande à la Société d'interpréter le fait suivant :

Dans une opération de *raclage et de curage d'une apophyse mastoïde cariée*, M. Martin a observé quelquefois que la curette de l'opérateur atteignant le fond de la perte de substance pressait sur la lame osseuse que formait la paroi supérieure de l'excavation, les extenseurs des doigts du côté opposé se contractaient, déterminant l'extension de l'index et du médius. M. Martin demande s'il n'y a pas lieu de penser que l'instrument, en pressant sur la lame osseuse, irritait le centre moteur cortical de l'avant-bras situé dans la circonvolution sphéno-temporale.

M. Schwartz fait observer que l'apophyse mastoïde, si profondément entamée qu'elle puisse être, est encore fort éloignée de la circonvolution cérébrale considérée ; dans tous les cas, les expériences de Bochefontaine et de Ferrier permettraient de penser que l'irritation des méninges peut expliquer ces mouvements qu'il aime mieux attribuer à une irritation réflexe partie d'un nerf de l'oreille interne.

M. Gellé fait hommage à la Société d'un *travail sur la valeur séméiotique de l'épreuve du diapason-vertex.*

Il est procédé à l'élection des candidats au titre de membres associés et de membres correspondants de la Société Médico-Pratique.

Les candidats sont élus à l'unanimité absolue des suffrages.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire annuel,
Dr Deniau.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

REVUE CLINIQUE

DE L'INCESTE CONSIDÉRÉ AU POINT DE VUE DE SON INFLUENCE SUR LA PROGÉNITURE.

M. le Dr Legrand du Saulle vient d'enrichir d'un chapitre nouveau la pathologie mentale.

Médecin du dépôt de la Préfecture de Police depuis dix-huit ans, il s'est trouvé dans des conditions exceptionnelles pour recevoir des confidences, et il a pu constater dans plusieurs cas la dégénérescence totale des produits incestueux. Il a recueilli sept observations des plus intéressantes, qui font partie d'un ouvrage inédit, et dont il a donné la primeur à ses auditeurs de la Salpêtrière. C'est le résumé de ces observations que nous donnons à nos lecteurs.

Obs. I. — Amanda V..., 19 ans, a été pendant trois ans la maîtresse de son père. Elle a eu trois enfants : deux sont morts en bas âge de convulsions ; le troisième qui vit encore, a un

FEUILLETON

L'HOPITAL DES MARINIERS

Par le Dr Lutaud, médecin adjoint de St-Lazare, et le Dr W. Hogg, membre des Commissions d'Hygiène de la Seine.

Dès l'apparition du choléra à Paris, l'administration de l'Assistance Publique, en vue de parer à toutes les éventualités, se hâta d'élever les constructions connues sous le nom d'Hôpital des Mariniers.

Cet établissement est particulièrement intéressant en ce qu'il constitue le premier essai d'un hôpital spécialement destiné aux infectieux. On sait que plusieurs hygiénistes ont entrepris une campagne en faveur de l'isolement complet des malades atteints d'affections contagieuses ; ils ont commencé par réclamer des salles spéciales, puis des pavillons, et poussant leur système plus loin, demandent aujourd'hui, en s'appuyant sur ce qui se passe à l'étranger, la création d'hôpitaux exclusivement affectés au traitement de la variole, de la scarlatine, de la diphthérie, etc.

En Angleterre les résultats obtenus depuis une dizaine d'années par les *Infectious diseases hospitals* dans les grandes villes et les *cottage hospitals* dans les comtés où l'on ne reçoit que les

pied bot; il a été confié à l'Assistance publique. Cette malheureuse n'a jamais connu d'autre homme que son père.

Obs. II. — Marie C., 16 ans, fleuriste, a été déflorée à 13 ans par son frère, aujourd'hui soldat en Afrique. Elle raconte cyniquement qu'après le départ de ce dernier, sentant qu'il lui manquait quelque chose, elle a débauché son jeune frère âgé de 17 ans. De ce commerce est né un enfant idiot. La mère est fille publique ; elle a eu deux atteintes de délire alcoolique.

Obs. III. — Il y a quelques années, un jeune homme entre dans un restaurant de la rue Cujas, et se met à table. Son repas terminé, il tue la bonne qui l'avait servi. Cet homme avait 20 ans, il était né à St-Lazare. Sa mère avait été vendue à 15 ans à un juif portugais de 65 ans; elle était fille naturelle d'une femme, fille naturelle elle-même, morte à Lariboisière hémiplégique et aphasique. La généalogie paternelle peut moins se suivre : toutefois, on a pu savoir que le juif était veuf et avait eu un fils qui s'était suicidé après avoir dissipé sa fortune.

Deux ou trois ans auparavant, l'assassin avait eu la fièvre typhoïde ; sa mère l'avait soigné avec le plus grand dévouement, et, une fois guéri, le fils avait partagé le lit de la mère.

Il a été enfermé à Bicêtre où il s'est pendu.

Obs. IV. Dans une ville de province vivait un ménage bourgeois aisé ; le père passait son temps au café, la mère ne s'occupait pas de sa maison. Ils avaient un fils faible d'esprit, et

---

maladies contagieuses et transmissibles paraissent donner raison aux partisans de l'isolement complet. Il faut dire qu'ils sont surtout utilisés pour la variole et la scarlatine (*scarlet fever*), deux affections singulièrement meurtrières de l'autre côté du détroit.

Y aurait-il lieu d'adopter des mesures semblables en France et de reléguer dans des hôpitaux spéciaux les varioleux, les diphthéritiques et dans des pavillons spéciaux, bien que réunis dans la même enceinte, les malades atteints de rougeole, de scarlatine, de fièvre typhoïde, etc.? C'est une question que nous nous proposons de traiter prochainement avec les développements qu'elle comporte, lorsqu'il nous sera permis d'exposer les conclusions de notre Rapport sur les hôpitaux d'infectieux en Angleterre à la suite de la dernière mission dont M. le Ministre de l'Intérieur a bien voulu nous charger.

M. Brelet, le sympathique Secrétaire Général de l'Assistance publique, a bien voulu nous fournir quelques renseignements sur cet établissement dont voici la description :

L'hôpital dit des Mariniers, construit en prévision du choléra de 1883, dans des conditions exceptionnelles de célérité, occupe un des points les mieux exposés de Paris, dans un quartier du 14e arrondissement, auquel est resté le nom de Plaisance.

une fille étrange, violente, lascive. Ces enfants, âgés de 16 à 18 ans, ont entretenu pendant deux ans un commerce sexuel, sans que les parents s'en soient aperçu, sans que les domestiques, qui s'en apercevaient, en aient informé les parents ! Le jeune homme est mort de la fièvre typhoïde ; la fille, après une tentative de parricide, a été enfermée dans une maison de santé.

Obs. V.— Une femme de 33, obèse, sans enfant, jalouse, extravagante, reçoit un frère de 19 ans qu'elle n'avait pas vu depuis dix ou douze années. Elle lui fait l'accueil le plus tendre, le débauche et devient la plus tyrannique des maitresses. Elle a un enfant idiot.

Obs. VI. — Une femme du grand monde, titrée, romanesque, belle encore à 39 ans, a un fils de 19 ans qu'elle regarde comme un Apollon. Peu à peu elle s'introduit dans toutes ses intimités, ne le quitte plus et devient sa maitresse. Une grossesse se déclare. Alarmée elle va trouver des médecins et des sages-femmes pour se faire avorter. Ses démarches sont vaines. Quelqu'un de sa famille devine l'horrible drame et provoque une consultation à l'effet d'examiner l'état mental de cette femme. Avec un cynisme inouï, dans le langage le plus étrangement fleuri, elle raconte son existence. Etait-elle aliénée ? On hésita à l'enfermer immédiatement et elle s'enfuit à Lon-

---

Il se développe sur un terrain qui appartient à l'Assistance Publique, et dont la superficie dépasse 27,000 mètres carrés.

Il est composé de trois parties principales ou groupes :

1° Au centre, le bâtiment des malades, de forme rectangulaire, long de 125 mètres et large de 75 mètres, qui s'étend le long du chemin de fer de ceinture ;

2° A l'Est, sur la rue Didot, un bâtiment en U qui contient les services administratifs ;

3° A l'Ouest, derrière le bâtiment des malades, deux bâtiments carrés, de 31 mètres de côté, séparés par une voie centrale de 10 mètres de largeur, et destinés aux services généraux.

L'entrée principale, par la rue Didot, conduit d'abord au bâtiment d'administration, qui est composé d'un corps central et de deux ailes : le corps central est occupé par la loge du concierge, les bureaux et une salle d'attente. L'aile de gauche contient le service des consultations ; celle de droite, les salles de garde de médecine et de pharmacie.

Le bâtiment des malades affecte la forme d'un rectangle, embrassant une vaste cour, dans laquelle sont élevés quatre pavillons de 20 mètres de longueur, qui sont perpendiculaires et contigus, deux par deux, à un des grands côtés du rectangle.

dres. Elle est accouchée d'un enfant qui est mort à 56 mois de convulsions.

Obs. VII. — Une fille de 15 ans devient la maîtresse de son père qui, soupçonné, se pend. Quatre mois après elle accouche; l'enfant vit, est idiot.

Il y a la un important chapitre de pathologie mentale sur lequel nous aurons l'occasion de revenir.

H. B.

OBSERVATION D'OREILLONS COMPLIQUÉS D'ORCHITE ET D'ENDOPÉRICARDITE (1)

Par le Dr E. Fissiaux, médecin des prisons de la Seine.

J'ai cru intéressant, Messieurs, de vous communiquer une observation très curieuse d'oreillons compliqués d'endopéricardité et d'orchite que j'ai rencontrée tout dernièrement. M. le Professeur Jaccoud, dans une leçon clinique de la Pitié, avait exposé, le 19 janvier de l'année dernière, une observation qui a beaucoup d'analogie avec celle que je tiens à vous faire connaître. Je vais donc vous raconter, aussi brièvement que possible, l'histoire de mon malade.

M. W., âgé de cinquante ans environ, n'a aucun anté-

(1) Observation communiquée à la *Société médicale du IXe arrondissement de Paris.*

Chaque pavillon contient 20 lits. Les petits côtés du rectangle comprennent également quatre salles de 20 lits reliées par des bâtiments formant avant-corps et renfermant des salles de 6 lits, et, en outre, des Cabinets pour les Médecins, des bureaux pour les surveillantes, des vestiaires, des magasins, etc...

Les grands côtés du rectangle sont partagés en deux parties dans le sens de leur longueur. La partie intérieure, qui donne sur les cours, est formée d'un couloir de 125 mètres de long sur 2 de large, sur lequel ouvrent deux des pavillons de la cour et, en outre, les divers services disséminés dans la partie extérieure, services qui comprennent des salles à 2 et à 6 lits, des water-closets, des lavabos, salles de bains, offices, vestiaires, bureaux de surveillance, etc....

La cour intérieure est divisée en compartiments qui forment les préaux des malades.

Les bâtiments des services généraux situés au delà du côté occidental du rectangle, renferment, celui de droite, la pharmacie. la cuisine et les magasins ; celui de gauche, la lingerie, la buanderie, et le *service des morts.*

Le niveau du sol destiné à recevoir le bâtiment des malades est en contre-bas de la rue Didot, la seule voie sur laquelle il était pos-

cédent morbide héréditaire ; il est d'une assez forte constitution. Durant son enfance, du reste, il n'a subi aucune affection. Il ne présente aucune trace de syphilis et n'a jamais eu de rhumatisme articulaire. Il y a quatre ans, il fut soigné pour une bronchite assez sérieuse et depuis lors n'a jamais vu sa santé atteinte.

Le 19 février 1885, il fut pris, vers le soir, d'un certain degré de fièvre et le lendemain il sentit une douleur assez vive se développer dans la région cervico-maxillaire droite. Le 20 il garda la chambre. Le 21 la fièvre n'était pas tombée et la région douloureuse s'était considérablement tuméfiée. De plus les mêmes symptômes semblaient vouloir se développer sur la région correspondante du côté gauche. C'est à ce moment que je le vis.

A l'examen, je constate les symptômes classiques des oreillons : tuméfaction des deux parotides, surtout considérable à droite. La peau, à ce niveau, présente une légère rougeur ; en palpant la région, je remarque une particularité que je n'ai vue décrite nulle part : je sens des battements nettement accusés dans *toute l'étendue* des deux tumeurs, battements isochrones avec le pouls et venant certainement des carotides. La langue est humide, mais chargée d'un enduit saburral assez épais. Le pouls est plein et donne 104 à 108 pulsations par minute. A l'auscul-

---

sible d'établir l'entrée de l'hôpital. Cette circonstance, jointe à la condition qui imposait l'urgence dans l'exécution des travaux, ne permettait pas d'entreprendre les remblais qui auraient été nécessaires pour le nivellement du sol. La difficulté a été éludée au moyen de dispositions qui donnent à une partie des bâtiments l'aspect de constructions sur pilotis. Ces bâtiments, consistant en baraques faites de bois et de briques, sont supportés par des poteaux en fer ou en bois, dont la hauteur dépasse de 50 centimètres le niveau du sol de la rue. Un pont relie la rue avec le bâtiment d'administration ; des escaliers établissent la communication entre les divers bâtiments.

Les bâtiments des services généraux, qui ont à supporter des charges considérables, et autour desquels les voitures doivent pouvoir circuler, ont leurs fondements dans le sol naturel.

Le nombre actuel des lits est de 200.

Mentionnons, enfin, les travaux exécutés pour le traitement et l'écoulement à l'égout des matières et eaux vannes provenant de l'hôpital.

Appareil à coction. Disons maintenant quelques mots de l'appareil destiné à la purification, par la chaleur, des déjections et

tation je trouve quelques râles dans le poumon gauche, mais sans souffle, et je ne constate rien à droite.

En auscultant la région du cœur, je perçois, au niveau de la pointe, un souffle tellement accentué que ne connaissant pas à ce moment l'observation de M. le professeur Jaccoud, je demande à nouveau au malade si réellement il n'a jamais eu de rhumatisme et si on ne lui a déjà pas fait observer qu'il avait quelque chose du côté du cœur. Il m'affirme n'avoir jamais eu de douleur et que les médecins qui ont eu l'occasion de le voir avant moi n'ont jamais rien trouvé du côté du cœur; que, bien mieux, quelque temps avant ayant pris une assurance sur la vie, il avait été ausculté et palpé très sérieusement par un médecin qui n'avait absolument rien découvert.

Les 22 et 23 février le malade est toujours dans le même état. La fluxion ourlienne est aussi accusée que possible, la fièvre persiste assez vive, le thermomètre dans l'aisselle accuse le matin de ce dernier jour 39°. Le soir le malade est pris de vomissements et de syncope. Dans la nuit, il est très agité.

Le 24 au matin, je le trouve avec 120 pulsations et 40° dans l'aisselle. Vers la fin de la nuit, il a été pris de diarrhée abondante.

Il se plaint de maux de tête ; sa langue est sèche et couverte, ainsi que les dents, de fuliginosités noirâtres. Il présente l'aspect typhoïde. Du côté des poumons, la situation est la même.

---

eaux vannes sortant du dit hôpital, avant leur déversement à l'égout public.

Ce n'est pas une crémation, mais une élévation de température portée à 120 degrés centigrades, à laquelle sont soumises les eaux et les matières qu'elles entraînent avec elles, de façon à détruire tous les germes organiques et à les rendre inoffensifs.

L'opération se fait en vase clos, et l'échauffement a lieu au moyen de la vapeur provenant d'une chaudière voisine.

Les eaux préalablement emmagasinées dans une fosse en maçonnerie étanche y sont aspirées par le vide produit dans l'appareil par la condensation de la vapeur, puis refoulées, après avoir été élevées à la température convenable et refroidies par une addition d'eau pure, dans un second réservoir dit : de chasse, fonctionnant automatiquement, à des intervalles réguliers, à l'aide d'un siphon, et déversant son contenu dans une conduite qui les porte à l'égout.

L'appareil a été établi par la Société des anciens Etablissements Cail, 15, quai de Grenelle, à Paris.

Il ne présente d'ailleurs rien de particulièrement nouveau et fonctionne à la manière des appareils employés dans l'industrie sous le nom de monte-jus.

Du côté du cœur l'auscultation fait reconnaître des symptômes d'épanchement dans le péricarde. Les bruits du cœur sont sourds et éloignés. Le souffle de la pointe existe toujours, mais est moins bien entendu. La matité précordiale est nettement augmentée. Dans la journée le malade a de nouvelles tendances à la syncope. La diarrhée persiste et le soir la température atteint 40°6. Les urines sont alors examinées par un pharmacien du quartier : elles ne présentent ni sucre ni albumine.

Le 25 le malade se plaint d'une douleur assez violente au testicule gauche. Je constate, en effet, une tuméfaction très forte de l'organe, très sensible à la plus légère pression. Les oreillons ne semblent pas avoir diminué beaucoup de volume, mais l'épanchement dans le péricarde est moindre ; les battements du cœur s'entendent mieux, le souffle de la pointe est plus nettement accusé que la veille. La langue est toujours noirâtre, mais elle n'est plus sèche que vers la pointe et sur son milieu, La diarrhée a diminué et le thermomètre mis le soir dans l'aisselle est à 39.6.

A partir de ce jour le mieux s'accentue et le 28 les tumeurs parotidiennes sont presque totalement disparues. La fièvre est tombée. Le souffle à la pointe du cœur persiste encore, mais il est moins fort. Il n'existe plus trace d'épanchement. Le testicule est encore volumineux, mais il n'est pour ainsi dire plus sensible. La langue est redevenue normale et le malade sent le

---

Son application à la purification des eaux vannes est combinée avec la suppression complète de toute fosse d'aisance fixe ou mobile, et avec les dispositions adoptées par le service d'assainissement de la Seine pour la réalisation du *Tout à l'égout*.

Les bâtiments de l'hôpital des mariniers édifiés en moins de six semaines ne sauraient être considérés autrement que comme des constructions provisoires. Les murs et cloisons, en effet, ne paraissent pas en état de fournir aux malades un abri permanent soit en été, soit en hiver. Si le chauffage de pièces dont les parois en carreaux de plâtre ou en planches simples est un problème difficile à résoudre, la question devient autrement ardue lorsqu'il s'agit de les soustraire à l'action du soleil. Les poêles en terre vernissée qu'on a installés nous semblent en tout cas insuffisants pour élever la température à un degré voulu : les poêles en fonte de la Compagnie du gaz, que tout le monde connaît pour les avoir vus dans les bureaux de la Compagnie des omnibus, seraient à coup sûr préférables. Le petit nombre déjà employé a dû d'ailleurs lever tous les doutes à cet égard ; mais, encore une fois, avec des cloisons aussi faibles, il n'est pas aisé d'entretenir la chaleur des salles sans sacrifier en grande partie leur aération. Une fenêtre ouverte, et voilà

besoin de prendre de la nourriture. Il entre en convalescence. Le 1er mars je trouve le malade assez bien pour lui permettre de se lever un peu le lendemain.

Dix jours après, ayant eu l'occasion de le revoir, je l'ausculte à nouveau et je constate encore à la pointe du cœur un souffle léger, mais si différent de ce qu'il était dix jours avant que je suis persuadé qu'il aura disparu depuis. Le poumon gauche présentait encore quelques râles.

Cette observation, jointe à celle de M. Bouchard, dans laquelle les oreillons se compliquaient de néphrite et à celle de M. le professeur Jaccoud, qui présente avec celle que je rapporte une très grande analogie, prouve que « la maladie ourlienne n'est pas une simple inflammation locale des parotides, mais que c'est, comme le dit M. Jaccoud, une maladie fluxionnaire diffusible qui dans les cas complets présente sans conteste les caractères d'une maladie générale à déterminations locales plus ou moins nombreuses.

DE LA LÈPRE

Par le Dr Lacaze (1).

(Suite et fin. — Voir le n° du 24 mai 1885.)

La syphilis dont on a fait souvent l'origine de la lèpre, m'a

(1) Communication faite à la Société de médecine pratique, séance du 7 mai 1885.

---

tout le bénéfice du poêle perdu en quelques minutes : de même si le feu vient à s'éteindre, pendant la nuit par exemple.

Cet été, pour rafraîchir les salles on a imaginé de suspendre, à l'extérieur, des paillassons et de les arroser à la pompe. L'expédient a donné de médiocres résultats : on pourrait à la rigueur soit abriter les pavillons entiers sous des velums, soit abaisser des toiles fixées au faîte et soutenues par des supports plantés en terre à quelque distance pour permettre à l'air de circuler librement. Cela reviendrait au système des parois doubles auquel il faut toujours revenir lorsqu'il s'agit de constructions en cloisons de faible épaisseur. Que l'intervalle soit comblé avec une substance quelconque ou emprisonne une couche d'air, il est indispensable de soustraire l'espace intérieur aux variations atmosphériques par des procédés moins sommaires que ceux employés à l'hôpital des mariniers. A la vérité, de simples tentes avec doubles toiles mériteraient la préférence sur des constructions de ce genre. Nous avons vu, près de Londres, en plein été, une cinquantaine de tentes dites Marquises à 20 lits chacune, installées par les soins de l'administration hospitalière pour recevoir les varioleux convalescents : elles étaient fort habitables et l'on nous a assuré qu'elles se chauffaient facilement en hiver.

Nous ne terminerons pas sans regretter la proximité fâcheuse

toujours paru être d'une nature différente et doit être mise complètement en dehors. — Le lymphatisme et le tubercule sous toutes ses formes sont les grandes causes ou les grandes manifestations de ce mal. — L'analyse microscopique nous en donne la preuve.

Certains médecins entre autres, le Dr Faivre, qui a observé au Brésil, classent cette affection parmi les névroses. Les autopsies qu'il a faites ont fait voir une atrophie du cerveau et de la moelle avec ramollissement ou épanchement séreux dans la colonne vertébrale, le cerveau, les plèvres.— Il trouve presque toujours à l'autopsie un développement considérable des glandes de Bacchiochi. — Pour le Dr Faivre, la lèpre est due à une idiosynchrasie particulière et le plus souvent à une dégénérescence héréditaire causée par le vice vénérien.

Les recherches modernes ont fait découvrir le bacille du tubercule pulmonaire dans le tubercule lépreux de la peau. C'est le même être observé en Norvège et dans l'Inde. Le Dr Carter, qui a un dispensaire de lépreux à Bombay, a publié un ouvrage avec planches qui font voir la similitude des deux bacilles. — Je n'ai pas fait d'analyse microscopique des différents tubercules ; mais j'ai observé très souvent dans les mêmes familles le même tubercule siégeant à la peau et dans les orga-

qui existe entre la buanderie et la salle des morts : c'est un rapprochement qu'il eût été désirable d'éviter et qui choque singulièrement dans un établissement où toutes les précautions contre la contagion veulent avoir été respectées.

En effet, le souci de la désinfection des vêtements, du linge, du matériel, se manifeste par d'excellentes mesures : elle est assurée par des chaudières chauffées à la vapeur, une salle pour désinfecter au soufre et enfin par le nouvel appareil décocteur destiné celui-là à la coction des matières de vidange et eaux polluées en général. Nous n'en dirons qu'une chose, c'est qu'il revient à 60 fr. par jour : peut-être est-ce un peu cher pour les services qu'il rend, à moins bien entendu qu'il ne s'agisse de déjections de cholériques. Mais il ne faut pas oublier que l'hôpital des mariniers ayant été construit pour le traitement des cholériques, cette disposition était absolument justifiée. Nous ne formulons nos réserves sur l'utilité du décocteur qu'en ce qui concerne les infectieux, tels que varioleux, scarlatineux, etc.

On sera quitte pour faire du décocteur un appareil à désinfection par la vapeur, le seul aujourd'hui qui paraisse répondre aux besoins.

En somme, nous ne saurions trop louer la conception d'un hôpi-

nes internes. J'en cite de nombreux exemples dans ma brochure sur l'évolution tuberculeuse. Remonter à la cause est souvent difficile et même impossible ; mais il serait d'un grand intérêt de constater la naissance du mal afin de pouvoir le combattre avec succès. J'ai fait une analyse d'urine d'un lépreux au début de la maladie, et j'y ai constaté le bacille. Cest une observation que je rapporte plus loin.

Le rhumatisme musculaire et articulaire que ressentait ce malade se traduisait aussi par des urines chargées d'acide urique et d'urates. La peau ne présentait que des taches anesthésiques en assez petit nombre ; la face n'était pas boursouflée et le tubercule n'avait pas paru.

A mon sens donc, la lèpre est une maladie herpétique, à forme arthritique presque toujours, pour ne pas dire toujours. Elle apparaît à l'extérieur avec des taches squammeuses plus ou moins insensibles auxquelles succèdent le plus souvent, et dans un temps variable, les boursouflures de la peau et le tubercule ; les ulcérations, la chute des phalanges viennent ensuite. Le système nerveux s'atrophie peu à peu ; mais quand un organe comme l'œil par exemple est atteint, ce n'est pas par la rétine que la vue commence à s'altérer, mais par l'iris qui s'enflamme,

---

tal dans le genre des Mariniers. Nous souhaitons qu'il soit promptement mis à l'abri de tout reproche et notre espoir est d'autant plus réalisable qu'il peut s'appuyer sur le talent de l'habile architecte de l'administration, M. Grandjaquet, et du constructeur, M. Pombla ; nous le répétons, ce qui nous semble défectueux doit être mis sur le compte de la hâte extrême qu'il a fallu déployer : dresser les plans et édifier des constructions aussi vastes et ingénieusement agencées constitue un véritable tour de force, et la perfection dans ces conditions ne saurait raisonnablement être atteinte.

Le point à retenir, c'est qu'il existe aujourd'hui à Paris un établissement admirablement approprié à l'isolement des infectieux ; reste à en tirer le parti le plus avantageux, et l'administration hospitalière, nous en avons la conviction, n'y faillira pas.



se couvre d'exsudations plastiques, se déforme et obstrue la pupille.

TRAITEMENT.

Connait-on un traitement spécifique contre la lèpre? On n'en connait pas d'une action précise, certaine. — Chez les anciens la décoction de vipère a eu un certain renom. L'arsenic, l'iode, le mercure n'ont pas donné des résultats favorables. — Dans l'Inde, l'huile de Chalmougra, huile essentielle, drastique, est employée avec un certain succès, dit-on; mais, pour qu'elle agisse, il faut que le traitement dure des années et soit accompagné d'un régime très sévère. On emploie aussi dans tout l'Orient comme dans l'Inde, depuis assez longtemps, le hoang-non, une strychnée du Tonkin, le gurgon ail. En somme, le régime est la base du traitement : nourriture végétale, s'abstenir de liqueurs fortes et de viandes azotées, quitter les régions chaudes et vivre autant que possible dans les pays froids, quand la maladie a pris naissance dans un pays chaud. Mais le grand moyen et l'essentiel, en Norvège comme dans l'Inde, est l'isolement. A Bombay le Dr Carter m'a répété que depuis l'isolement des malades, la lèpre avait diminué sensiblement d'intensité. En Norvège, on aurait obtenu déjà des résultats favorables par l'isolement. N'est-ce pas à ce moyen que la France doit d'avoir été délivrée de ce fléau? On isolait les malades, non pas pour les guérir, mais pour les éloigner de tout contact social. De traitement, il n'en est pas question.

La lèpre a disparu du Valois, de la Lorraine, de tout le nord, de presque toute la France, sans aucun doute par ce moyen. Elle est restée en Norvège parce qu'on ne l'avait pas employé jusqu'à ce jour ; mais il sera intéressant de savoir dans quelques années si l'isolement qu'on commence à y pratiquer comme dans l'Inde, avec une certaine rigueur, arrivera au même résultat.

Je renvoie à l'évolution tuberculeuse pour les observations variées que j'y reproduis et aux ouvrages qui traitent de cette maladie.

Voici une observation d'une lèpre au début que j'ai pu analyser complètement. Elle pourra éclairer les idées nouvelles et donner lieu à des essais de traitement particulier.

M. X., créole de la mer des Indes, 40 ans, d'une famille où

des cas de lèpre ont été observés, éprouve depuis quatre ou cinq ans des douleurs dans les membres et les articulations. Ses phalanges sont souvent comme enkylosées; des taches existent sur la figure, aux mains, dans le dos, aux pieds. Elles sont peu apparentes, d'une couleur plus brune que la peau et sont toutes plus ou moins insensibles. — Aucune trace de tubercule n'existe. Des traitements variés ont été essayés sans succès. Quand je fus consulté, ayant l'esprit éveillé sur le bacille tuberculeux et convaincu de la destinée tuberculeuse du malade tôt ou tard, je fis analyser les urines. Elles étaient généralement troubles et laissaient un dépôt considérable. Les réactifs firent constater une grande quantité d'acide urique et d'urates de chaux, une faible quantité d'albumine et beaucoup d'épithélium. Le microscope laissa voir au milieu des cristaux urique des bacilles de différentes grandeurs ressemblant absolument à ceux du tubercule pulmonaire ou de la lèpre vus par le Dr Carter. — Je soumis le malade à un régime très peu azoté et à l'usage des eaux d'Orezza. Les urines devinrent bientôt limpides ; la peau moins terreuse laissait apercevoir un peu de circulation rouge ; l'aspect général semblait plus satisfaisant. Ce malade avait, il est vrai, quitté un climat chaud pour le climat d'Europe. Mais son aspect général a ressenti une modification sensible depuis ce traitement. — Il fait aussi usage de douches froides, avait été aux eaux sulfureuses ; mais les différents moyens employés jusqu'à présent n'avaient pas agi d'une manière aussi efficace. Cette observation n'est qu'à son début, mais elle pourra mettre sur la voie d'un traitement nouveau et avantageux. – Malheureusement ce traitement ne peut être que de longue haleine et la patience des malades s'épuise facilement et les porte à chercher toujours de nouvelles consultations et de nouveaux moyens.

L'examen des urines au début des premiers signes serait d'un grand secours, si on pouvait y trouver dès ce moment le bacille caractéristique.

DE LA PEUR DES ESPACES

Par le Dr Legrand du Saulle

(*Suite et fin.*)

Je passe les observations de Westphal : elles sont relatives

à un commis-voyageur de 32 ans, à un négociant de 24 ans, à un ingénieur de 26 ans, et ne présentent rien de particulier. Parmi les nombreux faits qui lui furent communiqués, je vous citerai l'observation du Dr Brüch, de Driburg. Il s'agit d'un prêtre qui voisine beaucoup, et à qui il arrive de temps en temps d'être pris d'angoisse. Or, il a trouvé que ce qui lui manquait à ce moment, c'était un plafond : aussi emporte-t-il toujours un parapluie immense, il le déploie et aussitôt l'anxiété cesse. Cordes a publié le cas analogue d'un jeune homme qui éprouvait sa frayeur sur une barque découverte et ne ressentait plus rien dès qu'elle était munie d'une tente. L'artiste-professeur dont je viens de parler, ne peut occuper un fauteuil à l'orchestre ou au balcon d'un théâtre, il se place dans une loge et au deuxième rang.

Ce n'est pas seulement en face d'un espace donné ou du vide que ces névropathes sont pris d'angoisse ; c'est quelquefois dans un lieu très fréquenté, au milieu de la foule elle-même. Mais dans cette circonstance la mémoire joue un rôle important : « Si j'allais être repris de mon malaise, que deviendrais-je ? » se disent-ils. Ils s'isolent par la pensée, ils font revivre leur mal par le souvenir qu'ils en ont gardé, et l'anxiété reparaît : il faut qu'ils s'en aillent et c'est aussi bien le vide que la foule qu'ils veulent éviter en partant.

Morel a rapporté sans le savoir un cas d'agoraphobie de ce genre. Il raconte qu'en 1845, étant placé auprès d'un malade dans une grande propriété rurale, il fut réveillé une nuit par des cris terribles au milieu desquels revenaient ces mots : « Le puits, le puits. » Morel rechercha la cause de cette scène étrange et il apprit que dans la journée son malade, apercevant des planches au fond du jardin, avait interrogé un domestique, lequel avait répondu que les planches cachaient un puits. Vous saisissez ici le rôle de la mémoire et la relation entre l'idée de puits, de vide et l'impression de terreur qui en fut le résultat.

Etiologie. Elle est encore entourée d'obscurité. Cependant parmi les circonstances qui ont précédé l'apparition des accidents nerveux, j'ai noté les émotions vives de nature triste, une nouvelle terrifiante, la vue d'une mort subite, les excès de tous genres (travaux, veilles, plaisirs). Mais ce sont là les causes communes à toutes les névroses.

L'influence de l'âge et du sexe paraît mieux marquée. L'agoraphobie s'observe surtout de 20 à 45 ans ; elle est ordinairement primitive chez l'homme, secondaire chez la femme.

Diagnostic. — Il est assez simple. Il faut différencier cet état du vertige simple, du vertige épileptique, stomacal ou goutteux et de l'hypochondrie.

Dans le vertige simple, le malade accuse un tournoiement illusoire, pénible, subit; tout tourne, vous dit-il; rien ne tourne, dit l'agoraphobe.

Dans le vertige épileptique, le malade s'arrête, pâlit, sa vie intellectuelle est suspendue pendant quelques secondes, puis il revient à lui et achève le mot, le geste commencé. Rien de pareil chez l'agoraphobe: il n'a pas d'absence, il n'est jamais plus présent qu'au moment de son angoisse.

Le vertigineux goutteux est âgé de 45 à 60 ans ; il a eu déjà des manifestations de goutte aux orteils, aux reins, etc. ; il éprouve des vertiges en tout temps, dans son lit, dans sa chambre, etc.

Dans le vertige stomacal, on est en présence d'un dyspeptique qui accuse un état nauséeux, une sensation douloureuse à l'épigastre. L'agoraphobe digère bien et il est d'autant moins malade qu'il a mieux déjeuné.

Quant à l'hypochondrie, c'est une préoccupation stéréotypée, une inquiétude constante et exagérée pour tout ce qui a rapport à la santé. Dans l'agoraphobie, au contraire, ni tristesse ni exagération: le malade éprouve de l'angoisse, mais il se porte bien, dit-il.

Pronostic. — Il est toujours grave. Quand la peur des espaces est primitive, idiopathique, elle peut guérir rapidement, mais c'est l'exception. Elle devient assez facilement chronique. Lorsqu'elle est secondaire, deutéropathique, elle est liée à des manifestations multiples et le pronostic rentre dans celui des névroses.

Traitement. — Tout d'abord je vous recommanderai de prendre les agoraphobes au sérieux, et de ne pas les considérer comme des malades imaginaires. Ne les rudoyez pas, car ils sont malheureux ; écoutez-les et acceptez-les pour malades, car ils le sont. Efforcez-vous de dissiper les craintes d'apoplexie qui empoisonnent leur existence, d'abolir toutes leurs préoccupations relatives à la possibilité d'une mort subite. Et, puisque vous connaissez les causes qui peuvent avoir provoqué leur état, prescrivez le repos prolongé, les toniques, l'hydrothérapie ou le bromure de potassium.

Si la peur des espaces est secondaire, les phénomènes névro-

pathiques sont nombreux et complexes, et vous les combattrez symptôme par symptôme.

Mais en toute circonstance, il faut avoir de l'influence sur l'esprit du malade. En face des névroses, le thérapeutiste doit être un autoritaire absolu et se faire écouter comme un oracle. Imposez votre volonté ferme et substituez-la à la volonté du névropathe : il faut être maître de lui pour le diriger; vous n'arriverez à rien si vous faites des concessions.

Vous devez combattre l'ennemi, et l'ennemi c'est l'incurabilité.

H. B.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

—

MÉDECINE.

Cas de mort à la suite de l'administration de l'antipyrine, par Blore de Leeds.— Une femme de trente-cinq ans fait une fausse couche à cinq mois le 4 décembre, garde le lit depuis cette époque et est envoyée à l'hôpital le 15 janvier avec le diagnostic de fièvre entérique. Très affaiblie, mais non amaigrie en proportion ; pas de douleurs aiguës nulle part ; pouls régulier, mais petit et dépressible ; bruits cardiaques et pulmonaires normaux ; langue humide et légèrement chargée ; un peu de sensibilité à la pression de l'abdomen, mais non limitée à la région iléo-cœcale. Température 39°. La durée de la maladie (cette femme est souffrante depuis six semaines), le début remontant à une fausse couche, et l'absence de signes positifs de fièvre typhoïde firent admettre qu'il s'agissait là très probablement de quelque affection de nature puerpérale.

Le 16 janvier, pouls à 120, tempér. 39°5. Pas de nouveaux symptômes. On prescrit pour la journée trois prises de quinine de 30 centigr. chaque. Le 17, pouls 132, tempér. 39°8 ; ventre libre. On suspend la quinine, et pour amener un abaissement de température, on administre, à 3 heures de l'après-midi, 2 grammes d'antipyrine et 1 gramme trois heures plus tard, dans le but de prolonger les effets hypothermiques de la première dose.

A six heures, pouls 108, température 37°, peau fraîche et

moite. A onze heures, la température se maintenait au même degré, mais le pouls était remonté à 132. Le 18 au matin, malgré une nuit agitée, la température est à 36°8, pouls à 120. La malade ne se plaint de rien, mais elle est très affaissée. On prescrit 15 grammes d'eau-de-vie toutes les deux heures ; pas de réaction. Les symptômes du collapsus s'accentuent davantage et malgré les excitants de toute sorte auxquels on a recours, la malade succombe à onze heures du soir, trente-deux heures après la première dose d'antipyrine. La température, une demi-heure avant la mort, était à 38°.

L'autopsie n'a montré aucune lésion bien caractéristique : congestion intense du cerveau et de ses enveloppes, avec quelques hémorrhagies. Cœur un peu mou, pas de lésions valvulaires ; poumons très congestionnés. Foie normal ; rate considérablement augmentée de volume (1350 grammes), avec un gros infarctus au milieu ; infarctus également dans les reins, un peu volumineux. Intestins sains dans toute leur longueur; utérus contracté et vide.

L'auteur conclut que c'est bien par l'action du médicament, et non par l'effet de la maladie, que s'est produit le collapsus qui a suivi la chute de la température. (*The Lancet*, 28 février 1885.) J. C.

Contribution à l'étude du traitement du diabète insipide. — Lemire (de St-Pétersbourg) a vu une jeune fille de 11 ans atteinte de diabète insipide depuis 9 ans et guérie après deux mois de traitement.

Vers l'âge de 3 ans, elle fut prise d'une soif ardente et de polyurie abondante qui continuèrent pendant 9 ans. Dans cet intervalle, l'enfant eut la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, sans que ces affections aient pu influer sur le diabète et réciproquement. Quand l'auteur entreprit le traitement, l'enfant paraissait être dans de bonnes conditions. L'examen microscopique des fèces dénota la présence d'œufs de tenia médiocem elluta. L'enfant ingérait de 9 à 10 litres d'eau par jour et émettait 7 à 8 litres d'urine claire, jaune, acide, pesant 1001. Ni sucre, ni albumine, ni formation organique ou inorganique. Pendant un mois, on ne fit qu'un traitement anthelmintique ; au bout de ce temps, on donna d'abord trois fois, puis quatre fois par jour 0,50 centigr. de salicylate de soude. Dans cinq

jours, le taux de l'urine tomba de 7 à 5 litres, puis resta stationnaire, mais en augmentant la dose du salicylate. Après on employa pendant 33 jours une infusion de 5 grammes de valériane dans 100 d'eau par jour. L'urine tomba à deux litres et demi par jour pour rester à ce point pendant 10 jours, puis l'ergot de seigle fut administré en infusion à deux pour 100, ce qui porta la quantité d'urine à 1100 grammes. Quand on fut arrivé à cette quantité, l'enfant fut trois semaines sans suivre aucune médication et l'urine n'augmenta pas en quantité. A la même époque le poids de son corps est augmenté ; son état général s'est amélioré et la quantité d'eau ingérée par jour s'élève à un demi-litre. Elle fut dès lors débarrassée et guérie. (*Jahr. f. Kinderh.* B. XXI, H, 4 ; *Archives of Pediatrics*, 15 août 1884.)

Diabète traité par le lait écrémé, par le Dr Lindsay Porteous. —Parmi plusieurs cas de ce genre qu'il a suivis, l'auteur rapporte le suivant. Homme de 49 ans, traité d'abord pendant environ cinq mois par la codéine à la dose de 12 à 25 centigr. par jour régulièrement, traitement qui fut continué plus tard pendant plus de deux ans et demi, mais en alternant avec le bromure de potassium, le salicylate de soude, la strychnine, etc. Régime sévère. Le sucre diminua considérablement, mais ne disparut jamais. La cure par le lait écrémé a alors été tentée et suivie exclusivement pendant deux mois à la dose de 4 litres, puis tempérée par l'addition de lait caillé, d'œufs, etc. Sous l'influence de ce traitement, les urines qui donnaient, avec la liqueur de potasse, une coloration très foncée, ont fini par ne plus donner de réaction ; la densité est descendue de 1038 à 1012, pour se relever à 1020 ; la quantité d'urine est tombée de 6 litres à 3 litres ou 3 litres et demi ; le poids du corps est d'abord descendu de 86 kil. 5 à 84, pour remonter au bout de trois mois à 95 kil. 5; enfin, l'état général s'est amélioré en proportion, en ce sens que le malade, qui pouvait à peine faire quelques centaines de mètres, avait la peau sèche et parcheminée, la vue très affaiblie, etc., faisait plus tard une vingtaine de kilomètres sans fatigue, transpirait facilement, écrivait et lisait sans peine des heures entières, enfin avait repris toutes les apparences de la santé.

Ce cas est à rapprocher des observations analogues publiées par Headlam Greenhow, par Scott Donkin et autres ; mais, comme à la plupart de ces dernières, on peut lui adresser le même reproche, c'est de ne pas nous donner l'état du malade plusieurs mois après la cessation du traitement. (*Edinburgh. med. Journ.*, décembre 1884.) J. C.

Moyen de déceler le sucre dans l'urine.— GROOM indique le procédé suivant qui, à cause de sa simplicité et de son exactitude, rivalise avec celui de Fehling et de Traumer. Il consiste à placer une petite quantité du liquide suspecté sur un morceau d'étain poli qu'on expose à la flamme d'une lampe jusqu'à évaporation de l'urine. S'il y a du sucre, la dernière partie de l'urine offrira l'odeur et l'aspect de mélasse brûlée. — (*Medical Record.*) Dr YVON.

CHIRURGIE

De la dilatation digitale dans le traitement des rétrécissements du pylore, par le professeur LORETA (de Bologne).—La résection du pylore pour remédier à un rétrécissement non cancéreux du pylore n'a pas donné jusqu'à présent de brillants résultats : c'est en raison de la grande gravité de cette opération entreprise pour triompher d'une affection qui n'est pas incurable, que le professeur Loreta a imaginé de remplacer dans ces cas la résection par la dilatation forcée, c'est-à-dire par la dilatation digitale telle qu'on la pratique pour le sphincter anal. Après avoir fait sur la paroi abdominale une incision de quinze centimètres, un peu à droite de la ligne médiane et légèrement oblique, l'auteur n'ouvre le péritoine que quand il n'y a plus trace d'écoulement de sang ; puis l'estomac est incisé longitudinalement à peu près à égale distance des deux courbures, et l'incision arrive assez près du pylore. C'est par cette ouverture que Loreta procède à l'exploration et puis à la dilatation digitale du pylore. Dans le premier des deux cas qu'il rapporte et qui a été observé sur un homme de 47 ans, ce n'est qu'avec bien de la peine que l'opérateur peut arriver à introduire d'abord l'extrémité de l'index droit, puis les deux index adossés, et enfin, en procédant très graduellement, mais en déployant une force considérable, à écarter les deux doigts dans tous les sens et à obtenir ainsi une dilatation telle qu'on aurait pu aller au delà sans risquer une

rupture. A ce moment, du reste, l'écart entre les deux doigts était de huit centimètres. L'estomac fut alors suturé et replacé dans la cavité abdominale, la plaie extérieure fut réunie par première intention, et dès le cinquième jour on commençait à donner au malade un peu de poulet; le seizième jour, le malade se levait deux heures, et un mois et demi après l'opération il avait engraissé de dix kilos.

Le professeur Loreta a obtenu un autre succès sur un jeune homme de 18 ans dont la maladie datait de six ou sept ans.

Comme l'auteur le fait remarquer, la dilatation digitale du rétrécissement pylorique n'est indiquée que si la corrélation n'est pas liée à une affection cancéreuse. Il y a donc au préalable à établir un diagnostic précis, soit par l'histoire du malade, soit par l'examen chimique et histologique du contenu de l'estomac. Une erreur de diagnostic sur la nature du rétrécissement n'aurait d'ailleurs pas de graves conséquences, aujourd'hui où *l'incision abdominale* est devenue, grâce à l'antisepsie, une opération si peu grave qu'elle est acceptée comme un moyen complémentaire de diagnostic.

Ajoutons enfin que les malades en question continuaient à se bien porter deux ans après l'opération. (*Memorie dell' Academia delle Scienze dell' Instituto de Bologna*, Ser. IV, t. 4, et *British med. Journ.*, 21 février 1885.) J. C.

Résection des côtes dans le cas de péricardite purulente. — Le professeur Gussenbauer a présenté au dernier Congrès médical de Prague un jeune garçon âgé de 12 ans chez lequel on a fait la thoracotomie pour une péricardite purulente accompagnant une ostéomyélite aiguë. L'opération a eu un plein succès et le rétablissement a été complet. L'ostéomyélite résultait d'une chute sur l'épaule droite, chute suivie de douleurs locales et de fièvre intense avec gonflement de l'épaule et des parties voisines. Le diagnostic d'ostéomyélite fut facilement fait et le sujet fut opéré 14 jours après l'accident. Une incision fut pratiquée dans la fosse sous-épineuse et donna issue à du pus représentant une coloration grisâtre. Des précautions antiseptiques furent prises ; la température ne tomba pas comme on s'y attendait, mais s'éleva sans cause apparente.

Dix-sept jours après, on constata du liquide dans la partie

gauche du thorax, le cœur n'était pas notablement déplacé et les espaces intercostaux n'étaient pas effacés. D'abord on soupçonna une pleurésie gauche et une ponction exploratrice montra une exsudation purulente. Le malade se cyanosant, on décida une opération et deux côtes furent réséquées. On remarqua que la plèvre n'était pas épaissie et un examen plus approfondi fit voir l'origine péricardique du pus. Le péricarde fut alors fixé aux lèvres de la plaie pour prévenir l'effusion du liquide dans la cavité pleurale. Pendant l'opération on vit le cœur et l'on en put percevoir les battements.

Le péricarde, après l'évacuation de substances purulentes, fut lavé avec une solution de thymol. Le jour suivant, il y avait une amélioration marquée, la température s'abaissa brusquement et la guérison arriva vite. — (*Wien. med. Wochenschr.*, 21 novembre 1884 ; *Medical Progress*, 17 january 1885.)

Epingle à cheveux demeurée dans l'S iliaque pendant trois ans. — Fistule sterco-purulente. — Guérison après extraction du corps étranger, par Th. Weiss.— Il s'agit d'un enfant de 12 ans présentant des troubles sérieux de la santé, et des douleurs vives dans le ventre dont il était difficile d'établir le point de départ. On crut d'abord à une coxalgie à cause de l'attitude du membre supérieur gauche. L'enfant fut placé dans un appareil salicylé après redressement du membre sous le chloroforme. Mais quelques jours après, une collection fluctuante se montrait dans la région lombaire gauche, immédiatement au-dessus de la crête iliaque. Une incision pratiquée en ce point donna issue à du pus de mauvaise nature et permit d'explorer la fosse iliaque dans une certaine étendue, sans y constater de corps étranger. Un soulagement manifeste suivit cette première opération, mais bientôt une collection se montrait au niveau du grand trochanter qui communiquait évidemment avec celle de l'abdomen. Une nouvelle incision donna issue à une grande quantité de pus fétide et permit d'établir un drainage. Au bout de quelques jours, le pus qui s'écoulait par l'orifice lombaire était mélangé de matières fécales qui devinrent bientôt tellement abondantes que la défécation anale se trouva presque entièrement supprimée.

Un érysipèle survint qui s'étendit à toute la jambe, mais

qui guérit, et vingt jours après l'apparition de cet érysipèle, les fistules lombaire et crurale étaient entièrement saines. Quatre mois après, les fistules se rouvrirent assez subitement et donnèrent de nouveau issue à du pus et à des matières fécales, puis, au bout d'une huitaine de jours, tout rentra dans l'ordre.

Enfin, en juillet, deux mois après, une nouvelle collection purulente se forme et nécessite une nouvelle incision qui donne encore issue à du pus mélangé de matière fécales. Puis en août, une fusée purulente vers le triangle de Scarpa, un mois après la dernière intervention, nécessite une contre-ouverture. C'est alors, en voulant introduire un drain dans la nouvelle incision à l'ouverture lombaire que l'on sent, au niveau de la crête iliaque, un corps dur qu'on eut quelque peine à saisir avec une pince et à retirer. C'était une épingle à cheveux de fortes dimensions, déformée et couverte de rugosités grisâtres. En pressant l'enfant de questions, on finit par lui rappeler le souvenir de ce qui s'était passé, et lui faire avouer que, trois ans auparavant, il avait eu l'idée, par suite de violentes démangeaisons anales, de se gratter avec une épingle à cheveux qui tout à coup lui avait échappé. Comme il n'était pas certain qu'elle ne fût pas tombée à terre et qu'il n'avait éprouvé aucun accident immédiat, il ne s'en était pas autrement préoccupé.

De nouvelles contre-ouvertures furent rendues nécessaires par le mauvais état général de l'enfant, attribué avec raison à une rétention purulente, et malgré un nouvel érysipèle, les fistules se rétrécirent et se fermèrent, sauf celle de la région lombaire qui persistait encore au 15 décembre, mais ne donnait plus issue qu'à une quantité insignifiante de sérosité purulente. Une légère rétraction du membre subsiste encore et amène une légère claudication qu'on espère guérir complètement au moyen d'une traction continue appliquée pendant la nuit. (*Rev. médicale de l'Est*, n° 3, février 1885.)

R. G.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité théorique et pratique de la goutte, par le Dr Lecorché, médecin de la Maison municipale de Santé, in-8° de

738 pages et 5 planches. Paris, 1884, Delahaye et Lecrosnier.

L'ouvrage de M. Lecorché est évidemment la monographie la plus considérable qui ait été consacrée à la goutte. Nous ne voulons pas dire par là qu'après ce livre il n'y ait plus rien à dire sur cette question, mais il ne sera pas possible désormais de parler de la goutte sans le consulter.

Pour mieux montrer d'emblée ses idées sur la pathogénie de la goutte, l'auteur consacre les 80 premières pages de son livre à l'étude de l'acide urique, étude chimique, physiologique et pathologique. Cette partie de l'ouvrage, à laquelle l'auteur était si bien préparé par ses études approfondies et constamment poursuivies sur les urines, est une des plus intéressantes. Il est à peine besoin d'ajouter, tant les idées de l'auteur sur ce point sont connues, que c'est à l'acide urique en excès dans l'organisme que M. Lecorché fait jouer le principal rôle dans la pathogénie des accidents goutteux, et par suite qu'il rejette les vues de M. Bouchart sur le ralentissement de la nutrition dans la goutte.

L'auteur étudie ensuite dans autant de chapitres distincts *l'anatomie pathologique*, *le sang et les urines dans la goutte*, *la goutte dans les articulations*, *la goutte dans les organes*, *l'évolution et les types cliniques de la goutte*, *la goutte et les maladies associées*, *l'étiologie* et la pathogénie, et enfin le traitement qui est la partie la plus développée de l'ouvrage, car elle ne comprend pas moins de deux cents pages, et l'on pourrait ajouter la plus remarquable.

Il y aurait bien quelques réserves à faire sur la pathogénie peut-être trop exclusive que donne l'auteur sur l'origine de l'acide urique dans l'organisme, sur l'interprétation du mode d'action des alcalins, et quelques autres points ; mais ces critiques, dont la discussion exigerait plus de développements que n'en comporte cet article, n'enlèvent rien à la valeur de l'ouvrage, qui est très grande. Ce qui donne une valeur exceptionnelle à ce livre, c'est l'expérience considérable de l'auteur dans cette affection dont il a pu réunir plus de cinq cents cas, sur lequels il en rapporte 143 au cours de l'œuvre. C'est donc à la fois un exposé didactique de la goutte, le plus complet que nous connaissions, en même temps qu'une

mine riche d'observations de cette maladie, observations d'autant plus précieuses qu'elles émanent d'une autorité. J. C.

FORMULAIRE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Sur l'Agaricine (1).

(LANGER.)

L'auteur recommande l'emploi de l'agaricine contre les sueurs hectiques des phthisiques :

R. Agaricine........... 0 gr. 50
Poudre de Dower....... 0 gr. 50
Excipient............... q. s.

Faites 100 pilules.

Ces pilules renferment chacune 0 gr. 05 milligrammes d'agaricine. On en fait prendre 1 ou 2 le soir. Les sueurs cessent dans les deux tiers des cas, ou diminuent considérablement. Lorsqu'on cesse l'usage de ces pilules, les sueurs réapparaissent aussitôt. Pour les couper, on fait prendre ces pilules pendant l'accès et pour maintenir le résultat, on les administre 3 à 5 heures avant leur apparition présumée. Le pouls et la température ne sont pas influencés. La forme de pilules est mieux supportée que celle de poudre, par mélange avec du sucre, et que celle de la décoction d'agaric à 2 gr. pour 200 gr. de liquide.

(*Wiener medic. Presse*, 20, 1884, et *Archiv der Pharmacie*, XXII, 1884, 866.

(1) Le Dr R. Serrand, de Luchon, a obtenu les meilleurs résultats de l'emploi de l'agaricine contre les sueurs des phthisiques. (*Note du trad.*)

La rue et la sabine dans les métrorrhagies.

Le docteur Bouchut préfère ces deux plantes à l'ergot de seigle. Il ajoute que dans les cas ou l'insuccès de l'ergot et de l'ergotine est notoire, on réussit en général en faisant usage des formules suivantes :

Poudre de rue.... } *āā* un gramme
Poudre de sabine. }

pour faire vingt pilules ; prendre une pilule le matin et une le soir.

La sabine, employée seule, peut être donnée à des doses beaucoup plus élevées.

Sabine fraîchement pulvérisée......... 10 gramm en 30 cachets.

On prescrit l'huile de sabine à la dose de six à dix gouttes dans un julep de 120 grammes. Dans la crainte d'avortement, ne pas abuser de ces médicaments.



VARIÉTÉS

INAUGURATION DE L'HOPITAL DU HAVRE. — Nous apprenons que la cérémonie d'inauguration de cet important établissement, qui avait été fixée au dimanche 31 mai, est remise au dimanche 14 juin, pour ne pas

faire coïncider cette solennité avec la date des obsèques de Victor Hugo.

HÔPITAL BICHAT. — *Conférences de clinique et de thérapeutique médicales.* — M. le Dr Henri Huchard recommencera le dimanche 7 juin, à 10 heures, ses conférences de clinique interrompues dans la dernière quinzaine de mai.

— M. Gabriel de Mortillet, professeur à l'École d'anthropologie, fera sa prochaine excursion, le dimanche 31 mai 1885, à Celle-sous-Moret, pour l'étude des tufs chelléens, silex de la surface, polissoirs et tumulus. Le départ de Paris aura lieu à 7 heures 20 minutes par la gare de Paris-Lyon-Méditerranée.

— Le registre d'inscription du concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices civils de Paris est clos. Les candidats sont au nombre de huit. Ce sont : MM. Auvard, Boissard, Bureau, Doléris, Loviot, Olivier, Schweich et Stapfer.

— M le docteur Blanc-Aillaud a été élu, dimanche dernier, conseiller municipal de la ville de Marseille.

— Les bulletins sanitaires officiels d'Espagne signalent encore quelques cas suspects de choléra dans la province de Valence.

— La Faculté de médecine de Paris a désigné pour la chaire d'hygiène, vacante par la démission de M. Bouchardat : en première ligne, M. Proust ; en deuxième ligne, M. Landouzy.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mai 1885. — Présidence de M. Jules BERGERON.

La CORRESPONDANCE comprend : Une lettre de M. le Dr Chibret, de Clermont-Ferrand, annonçant qu'il a transplanté avec succès chez une jeune fille, un œil de lapin.

Inauguration de la statue de Bouillaud. — M. Henri ROGER lit à l'Académie le discours qu'il a prononcé à Angoulême, devant la statue de Bouillaud. (*Nombreux applaudissements.*)

M. le PRÉSIDENT remercie M. H. Roger d'avoir si éloquemment rendu les sentiments de l'Académie.

Siphon stomacal. — M. le Dr FAUCHER présente une modification du tube stomacal qu'il a déjà montré à l'Académie. Cette modification consiste dans la forme de l'entonnoir qui est plus petit et dans la fabrication du tube de caoutchouc qui est plus flexible et plus uni.

L'antipyrine chez les tuberculeux. — M. G. DAREMBERG rappelle que l'antipyrine est un antithermique puissant dont l'action est rapide et fugitive. Ces deux propriétés nécessitent une manière toute spéciale de l'administrer. C'est le thermomètre à la main que les tuberculeux doivent ingérer l'antipyrine, car ils ont rarement deux jours de suite une fièvre identique quant à sa durée et son intensité. Voici la règle recommandée par M. Daremberg.

Chez les tuberculeux il faut donner la première dose d'un gramme d'antipyrine avant le début de la fièvre, c'est-à-dire avant que le thermomètre ait atteint 37°5 ; puis faire prendre un nouveau gramme toutes les fois que le thermomètre monte de plus de 3 dixièmes en une heure. Au moment où le malade doit manger, il prendra une dose, même si le thermomètre n'a monté que de 2 dixièmes en une heure. Il convient de laisser un intervalle d'une heure entre une prise du médicament et un repas. Sinon la digestion est pénible.

Si l'on attend que la sensation ait apparu chez le malade pour administrer l'antipyrine, on provoque souvent des sueurs profuses, des vomissements, des faiblesses. Et souvent on ne pourra alors abattre l'ascension thermique qu'en doublant les doses sans pouvoir diminuer leur nombre.

Les tuberculeux prenant l'antipyrine selon la règle proposée par M. Daremberg peuvent pendant plusieurs mois absorber chaque jour 3 à 6 grammes d'antipyrine sans inconvénients. Sous l'influence de cette médication les malades qui restaient au lit avec inappétence et insomnie peuvent manger, dormir et se lever, parce qu'ils n'éprouvent plus aucune des sensations de la fièvre. Et cependant leurs lésions restent stationnaires ou progressent. L'antipyrine est donc un palliatif qui est à la fièvre ce que l'opium est à la douleur.

Dans les affections aiguës de courte durée, M. Daremberg a donné au contraire l'antipyrine au moment de la forte fièvre entre 39° et 40°, comme sudorifique puissant; les malades en ont éprouvé un grand bien-être. Dans ces cas il renouvelle la dose le soir pour empêcher le retour de la fièvre pendant la nuit ; de cette façon on procure une excellente nuit, bien mieux qu'avec une potion calmante.

De nombreux graphiques sont montrés par M. Daremberg à l'appui de ses assertions.

M. Dujardin-Beaumetz. M. Daremberg et moi nous sommes d'accord sur ce point que l'antipyrine est le meilleur antipyrétique chez les tuberculeux, mais nous différons sur la question des doses. M. Daremberg croit qu'il faut donner six grammes par jour; je crois qu'il en faut beaucoup moins. A cette dose, on donne aux malades des sueurs très abondantes; M. Huchard, lui-même, qui commençait par ces fortes doses, d'après la méthode allemande, les a diminuées. Actuellement M. Dujardin-Beaumetz ne donne que 50 centigrammes d'antipyrine, et encore il ne les donne que tous les deux jours; de cette manière on obtient un abaissement de température durable pour le jour même et pour le lendemain.

Des doses considérables ne sont pas sans danger ; elles donnent non seulement des sueurs, mais des nausées et des vomissements; il faut en médecine obtenir le maximum d'effet avec le moins de médicaments posssible.

M. Daremberg dit qu'il n'a jamais observé des sueurs; il en est peut-être ainsi dans la région où il observe, mais dans nos hôpitaux il en est tout autrement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 mai 1885.—Présidence de M. Duplay.

Réparation des tendons extenseurs du pouce, par M. Schwartz. **Rapport.**—M. Monod. Il s'agissait d'une suture des tendons extenseurs du pouce ; la section avait eu lieu au niveau de la tabatière anatomique, elle était ancienne. Le bout central ne put être retrouvé.

Le tendon du radial était trop loin pour permettre la suture directe.

Alors M. Schwartz dédoubla le tendon du premier radial externe sur une étendue de 5 centim. environ, et cette partie dédoublée fut suturée avec les bouts périphériques des tendons coupés.

La guérison s'obtint après vingt-cinq jours. Le malade fut présenté ici : quelques membres émirent des doutes sur la réalité de la suture et pensèrent que, quand le pouce est en abduction, les muscles de l'éminence thénar pouvaient étendre les phalanges comme l'a montré Duchenne (de Boulogne); mais l'électrisation du premier radial externe faite par M. Schwartz déterminait des mouvements d'extension du pouce, ce qui prouve que le mouvement d'extension du pouce était dû à l'action de ce radial.

Corps étrangers de la vessie.—M. Le Dentu. Ces corps étrangers ne sont pas rares, mais leur extraction comporte des indications très étendues, à cause de la multiplicité des opérations qu'elles peut nécessiter, et très délicates sur le choix de la méthode opératoire, qui doit être basé sur la forme, la grosseur, l'ancienneté du séjour, les complications locales et à distance.

En ce moment, où la taille hypogastrique a un regain de vogue, il n'est pas inutile de montrer que d'autres opérations moins graves peuvent lui être substituées dans des cas déterminés.

Au mois d'août, un homme s'était introduit un tube de caoutchouc dans l'urèthre. Cinq mois après, il entra à l'hôpital. Il avait de la cystite, des urines purulentes. Il avait de l'albumine, indépendante de celle qui était fournie par les globules de pus et dépendant manifestement d'une lésion du rein.

Je fis l'exploration avec l'explorateur de Thompson, qui me donna 2 cent. 1/2 de contact.

J'aurais pu penser d'abord à faire le broiement, mais je rejetai cette idée, parce que je n'étais pas sûr des dimensions du corps étranger, qui pouvait être plus volumineux que ne le disait le malade (5 cent.) et qu'il était incrusté de phosphates. J'ai fait la boutonnière périnéale et fait la dilatation uréthrale avec le dilatateur de Dolbeau. Le corps étranger était placé transversalement et fut extrait facilement.

Les suites furent simples. Je fais le pansement au moyen d'une éponge, sur laquelle je place de la poudre d'acide borique ou bien un mélange de poudre de benjoin et d'iodoforme, comme le fait M. Championnière. La plaie fut cicatrisée le 20e jour.

M. Berger rapporte l'observation d'un homme de 52 ans, idiot, sourd et muet qui s'était introduit un tuyau de pipe dans l'urèthre.

Je fis la boutonnière périnéale. J'introduisis l'explorateur de M. Thompson, et je sentis un corps étranger dans la vessie que je me mis en devoir d'extraire : pour cela je commençai à dilater l'urèthre et pénétrai dans la vessie ; mais quoique le périnée fût très peu épais, que le malade fût très maigre, je ne pus faire entrer dans la vessie que ma dernière

phalange. Je sentis le corps étranger ; l'une de ses extrémités était placée contre la symphyse et l'autre contre la paroi postérieure de la vessie.

Je voulais faire basculer le corps étranger pour amener une de ses extrémités au niveau du col ; mais voulant ne pas agir à l'aveugle, j'introduisis le long de mon doigt une curette mince qui me servit à le faire basculer et à le maintenir contre mon doigt. J'attirai ainsi l'extrémité dans l'urèthre et je le retirai facilement.

A partir du septième jour le malade commençait à uriner par la verge. Aujourd'hui, un peu moins de trois semaines après l'opération, l'urine passe presque entièrement par la verge et la plaie est à peu près complètement cicatrisée.

Pour des corps étrangers, petits et étroits, la voie périnéale avec dilatation est bonne et peu dangereuse. Néanmoins elle serait incommode non seulement pour agir sur des tumeurs vésicales, mais pour des calculs volumineux ; j'aimerais mieux avoir recours d'emblée à la taille hypogastrique.

M. Terrier. Il y aurait beaucoup à dire sur la valeur comparative de la taille hypogastrique et de la boutonnière périnéale Pour mon compte, j'aimerais mieux recourir à la taille hypogastrique qui n'est pas dangereuse. M. Périer, dans un cas semblable à celui de M. Le Dentu, a fait la taille hypogastrique et a guéri son malade.

M. Berger. Je ne puis pas accepter les idées de M. Terrier au sujet de la supériorité de la taille hypogastrique sur tous les autres moyens d'exploration de la vessie ou d'extraction de corps étrangers. Dans mon cas, la voie périnéale était absolument indiquée, à cause de la présence d'un corps étranger dans l'urèthre. Quand la boutonnière périnéale suffit pour extraire ces corps étrangers, elle me paraît moins grave que la taille hypogastrique. Dolbeau l'avait montré en disant que les dangers étaient inhérents au broiement du calcul et non à la boutonnière et à la dilatation de l'urèthre. Si on voulait avoir recours à la taille, je crois qu'il vaudrait mieux avoir recours à la taille médio-bilatérale telle que la pratiquait Civiale.

M. Verneuil. Je me plains de l'exclusivisme des procédés signalés par les précédents orateurs. Les tailles périnéales sont les procédés de choix chez des jeunes garçons jusqu'à 20 ans et même plus.

La taille prérectale permet d'atteindre plus haut que par la boutonnière.

Je voudrais que chaque opération obéît à des indications : tantôt c'est la boutonnière périnéale, tantôt c'est la taille prérectale, tantôt c'est la taille hypogastrique qui doit être préférée ; quant à l'extraction par la voie naturelle, je la crois inférieure aux tailles.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN.

Séance du 11 *mai* 1885.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques.

Hystérie chez l'homme, hypnotisme, léthargie, catalepsie, somnambulisme. Présentation du malade

et expériences, par M. Louis Boucher fils.

— Depuis quelques années l'hystérie a été l'objet d'études nombreuses, principalement à l'Ecole de la Salpêtrière, où M. le professeur Charcot, en prenant pour bases l'esprit d'observation et la clinique, nous a exposé, avec une précision rigoureuse, les caractères protéiformes de cette affection.

Les travaux des Richer, Féré, Bourneville, Bernheim, Dumontpallier, Pitres, etc..., faits pour la plupart sous son inspiration, ont établi d'une façon scientifique et définitive, les expériences exploitées jadis par l'ignorance et le charlatanisme.

Aujourd'hui que la névrose a été disséquée en quelque sorte dans ses moindres détails, on a reconnu que son champ était beaucoup plus vaste qu'on ne le supposait d'abord, et les quelques cas signalés chez l'homme étaient peu à peu reconnus plus fréquents lorsque les recherches se furent multipliées.

En 1880, M. Klein pouvait réunir dans sa thèse inaugurale 80 observations d'hystérie chez l'homme, et depuis, ce sujet a été repris par Debove, Raymond, Dreyfus, etc. Néanmoins le malade que j'aurai l'honneur de vous présenter, offrant une forme assez complexe de l'affection, en outre d'une sensibilité particulière à l'hypnotisation, son étude m'a paru mériter de vous être signalée.

M. A. X., âgé de 20 ans, tenait de ses parents la tare névropathique : sa grand'mère paternelle était somnambule et facilement endormie par son médecin, la mère de nature hystérique, avait assez fréquemment des attaques de nerfs de peu de durée. En clinique psychiâtrique, c'est ce que l'on a coutume d'appeler *une double racine* héréditaire. Un frère est mort de convulsions. Notre malade en eut aussi quelques-unes dans son enfance ; d'une santé délicate, il urinait au lit continuellement pendant la nuit, et ce symptôme ne s'amenda guère que vers 14 ans. Ce sont là de légers *stigmates*, qui, la plupart du temps, passent inaperçus, et qui cependant sont bien souvent l'indice d'un état anormal du système nerveux.

Le sommeil était pénible, mais à part une rougeole à 9 ans, qui évolua d'ailleurs d'une façon normale, il n'eut aucune maladie inquiétante, et ses études primaires terminées, il entra comme commis aux écritures dans une grande administration.

A la suite de veillées prolongées, il éprouva en juin 1884 différents troubles gastriques se traduisant par des oppressions après le repas. Malgré ces symptômes inquiétants, il ne voulut prendre aucun repos et le 22 du même mois il eut sa 1re crise.

Ce soir-là il venait de se mettre au lit quand soudain il éprouva la sensation *d'une boule* partant du ventre et remontant vers la gorge. Il appela au secours, ayant le sentiment qu'il étouffait, et perdit connaissance.

A son réveil « il ne sentait plus » à gauche et avait « le pied tourné » du même côté, d'après ses propres expressions.

Le Bromure de Potassium produisit peu d'amélioration, et les attaques se continuèrent en revêtant le type de l'hystéro-épilepsie (attaques-accès) de la Salpêtrière.

La première *période* épileptoïde s'annonçait par une raideur tonique de tout le corps, suivie de convulsions cloniques partielles du côté

gauche, clignotement des paupières, écume aux lèvres, parfois morsure de la langue, bouffissure et congestion de la face qui devenait violacée, puis résolution.

A la 2e *période*, le malade se mettait en opisthotonos, présentant par saccades des projections du thorax en avant et en arrière, les yeux demeurant convulsés en haut et à droite.

Venait ensuite une 3e *période* pendant laquelle M. A. X. semblait en proie à des hallucinations ; son frère a constaté la fréquence *des érections*, qui permettent de rattacher cette phase à celle dite des attitudes passionnelles.

Enfin, des visions effrayantes terminaient la scène pathologique, ou bien un sommeil d'une demi-heure, après lequel notre malade reprenait très rapidement son état habituel, conservant seulement le sentiment qu'il venait d'avoir une crise.

Un de nos collègues m'ayant adressé ce malade en juillet, je procédai à l'examen méthodique des diverses sensibilités.

Du côté gauche, il existe plusieurs zones d'anesthésie. La partie externe de l'avant-bras est insensible à la piqûre avec une épingle, et cette dernière ne provoque aucun écoulement sanguin.

Les mêmes résultats sont obtenus sur presque toute l'étendue de la région externe du mollet du même côté.

Les zones d'hypéresthésie sont multiples. Le clou est nettement marqué au point d'union des sutures frontale et pariétale. Un point dorsal existe sur la colonne vertébrale entre les 2 omoplates, 2 au niveau de la crête iliaque un peu au-dessus de l'épine antérieure et supérieure. Les points sous-mamelonnaire et testiculaire sont également faciles à constater ; mais à l'exception du dernier, aucun d'eux n'a pu déterminer ou arrêter une attaque.

L'ouïe, le goût, l'odorat ne parurent point atteints.

L'œil droit est à peu près normal au point de vue de la désignation des couleurs; cependant, le violet dont, ainsi que l'a établi Landolt, la perception correspond aux parties les plus centrales de la rétine, n'est pas nettement perçu.

L'œil gauche a perdu cette notion du violet; le vert est pris pour du noir, le jaune pour du blanc, le rose seul est reconnu.

Le pharynx paraît assez insensible ; on peut y passer une plume sans provoquer de réflexe, ce qui est dû peut-être aussi au bromure.

Les réflexes tendineux sont peu énergiques.

En novembre, je provoquai la léthargie par le regard. Ainsi que le fait remarquer Bourneville (Appendice aux Leçons sur les maladies du système nerveux de Charcot), il semble que lorsque ces phénomènes se produisent ils prennent la place de certaines phases de l'attaque-accès. Ainsi M. A. X. a immédiatement renversé la tête en arrière, présentant seulement un mouvement de balancement.

Alors, ayant mis les deux bras dans la position horizontale, l'état cataleptique fut produit.

L'excitation causée par une percussion légère sur l'avant-bras et la jambe gauches détermina au membre supérieur l'attitude des paralysies saturnines, au membre inférieur le pied-bot varus équin.

Des frictions sur le vertex, ainsi que le recommande Féré (1), furent suivies de l'état de somnambulisme pendant lequel le malade conserva les contractures de l'état précédent. Remis en catalepsie, les frictions sur les muscles antagonistes les firent disparaître. Plusieurs insufflations sur le milieu du front le réveillèrent.

Contre l'anesthésie du côté gauche, je résolus alors d'employer la métallothérapie, et j'eus recours à l'application d'un bracelet de cuivre avec des pièces de monnaie décapées. Le résultat fut nul, et il en fut de même pour les bracelets de zinc et d'argent.

Un aimant de 20 cent. de côté fut alors appliqué alternativement sur le bras et la jambe du malade qui, pendant la nuit, ressentit de nombreux fourmillements aux points de contact.

Le lendemain, les phénomènes de transfert étaient très nets, l'avant-bras gauche avait recouvré sa sensibilité, l'avant-bras droit conserva pendant 3 jours une zone d'anesthésie qui disparut peu à peu.

M. A. X. étant sensible au fer aimanté, les pilules suivantes lui furent administrées, 1 le matin, 1 à midi, 1 le soir.

Peroxyde de fer aimanté..	1 gr. 50
Aloès....................	1 gr.
Guimauve...............	1 gr.

pour 50 pilules.

En janvier dernier, à l'époque de la conscription, j'adressai le malade à M. Magnan, qui rédigea, après l'avoir examiné, le certificat suivant :

« Les médecins soussignés, appelés à donner des soins à M. A. X., reconnaissent qu'il est atteint d'hystéro-épilepsie. Cette névrose se traduit chez lui par des attaques de somnambulisme, des troubles de sensibilité générale, de l'anesthésie.

« Les attaques convulsives se sont montrées au mois de juin, très violentes; elles sont aujourd'hui plus courtes, moins intenses, mais s'accompagnent toujours de pertes de connaissance. Elles se produisent spontanément ou bien suivent de près l'état léthargique provoqué, soit par le regard, soit par la fixation d'un corps brillant. L'attaque laisse après elle, pendant un temps variable, un engourdissement et une anesthésie de la jambe gauche. Au réveil, en effet, on peut, sans provoquer la moindre douleur, planter une épingle, soit dans le mollet, soit à la face antérieure de la jambe ; le reste du corps est sensible.

« Le malade a longtemps été affecté d'hémianesthésie de tout le côté gauche, et cette perte de la sensibilité s'est amendée sous l'influence des aimants. Au mois d'octobre dernier, la sensibilité spéciale et notamment la vision étaient également atteintes de ce côté.

« Les accès de somnambulisme ne sont pas rares, et le malade se trouve alors transformé pendant un temps plus ou moins long en un véritable automate.

« Cet état névropatique enlève à M. X. la libre possession de lui-même, et le rend incapable à un moment donné d'assurer l'exécution d'un acte quelconque. »

(1) Note pour servir à l'histoire du transfert chez les hystériques (Féré et Binet. *Pr. Médical* 1884.)

Aujourd'hui le retour de la sensibilité est à peu près complet du côté gauche, excepté dans la soirée, au moment de se mettre au lit. Notre malade éprouve alors une sorte d'engourdissement, surtout dans la jambe gauche; la vision est presque revenue à son état normal, sauf un peu de faiblesse d'accommodation de l'œil gauche.

Le 5 mai, avec l'aide du frère du malade je renouvelai les expériences d'hypnotisme.

Le somnambulisme ayant été provoqué, des excitations cutanées légères déterminèrent des contractures qui cédèrent par des frictions aux mêmes points.

Mis en hémicatalepsie et hémisomnambulisme, j'isolai par un écran les côtés droit et gauche de la face. A droite, d'une part, fut placée la figure anatomique d'un crâne, à gauche une gravure représentant une jeune fille distribuant des fleurs. Tandis que la partie gauche du visage exprimait la gaîté, la partie droite indiquait la terreur. Des essais dans le même sens en prononçant des phrases gaies ou tristes à l'oreille droite et à l'oreille gauche demeurèrent sans résultat.

Il nous fut impossible d'arriver, comme MM. Dumontpallier et Bérillon, au dédoublement complet de la personnalité. Nous eûmes alors recours à la suggestion pour amener différentes manifestations dans la sphère du goût.

Nous enjoignîmes au malade de porter un verre à sa bouche, et pendant qu'il buvait tranquillement du vin, nous lui imposons l'idée d'encre. Au bout de quelques instants apparaissent des grimaces, puis des hoquets, des efforts comme pour vomir, que nous nous hâtâmes de prévenir en lui communiquant l'idée de lait, ce qui lui permit d'achever son verre. Il avait à peine commencé à manger un morceau de pain placé sur la table à côté de lui, quand nous suggérâmes la pensée d'une châtaigne recouverte de son écorce de piquants. Aussitôt il jeta violemment le morceau qu'il tenait à la main.

Enfin, il écrivit sur notre ordre son nom et celui de divers objets.

Ces expériences sont d'autant plus délicates que les malades résistent souvent d'une façon énergique aux volontés de celui qui les a hypnotisés. Pitres (Des suggestions hypnotiques, 1884) rapporte le cas d'une malade à qui l'on conseillait de voler une pièce d'argent, et qui, l'ayant pris[illegible] ne voulait pas, en dépit de la volonté du médecin, la conserv[illegible]s sa poche.

Cependant, au [illegible]e vue juridique, cette influence s'exerce le plus souvent d'u[illegible]on complète à l'état de veille, au réveil, et Liégeois a montré [illegible]uelle était son importance dans ses rapports avec le droit civil et le droit criminel.

En résumé, cette observation montre l'influence de l'hérédité, l'affection demeurant chez notre malade à l'état latent juqu'à l'âge de 20 ans, et éclatant brusquement par l'effet d'une cause en apparence insignifiante; l'utilité de la métallothérapie qui produisit une amélioration notable; enfin certains phénomènes d'hypnotisation qui seront probablement de plus en plus difficiles à provoquer, en raison du succès de la médication.

— M. Boucher fils présente son malade qu'il endort avec

facilité, et fait ensuite quelques expériences concluantes de catalepsie et d'hypnotisme.

Discussion. — M. Gendron demande si les illusions sensorielles persistent après le réveil, comme il en cite un exemple.

M. Pétel. — L'hydrothérapie a-t-elle été employée dans le traitement du malade?

M. Boucher fils. — Oui, au début. Mais ensuite elle n'a paru amener aucune modification et a cédé la place au traitement métallothérapique. Au point de vue de l'influence testiculaire, je n'ai pas provoqué d'attaque par la pression de cet organe, mais à deux reprises, une crise a été arrêtée par ce moyen. Je n'ai point observé la persistance des illusions sensorielles.

M. Cauchois. — M. le professeur Charcot fait jouer un grand rôle aux accidents qu'il a toujours retrouvés dans les antécédents chez les hommes atteints d'hystérie.

M. Boucher fils. — Mon malade n'a rien éprouvé de semblable; mais j'ai signalé des fatigues intellectuelles qui paraissent avoir agi d'une manière analogue.

Rapport sur la candidature de M. le Dr Deligny au titre de membre correspondant, par M. Hélot.

Dans une première brochure, le Dr Deligny étudie le traitement de l'adénopathie cervicale chez les scrofuleux et place en première ligne le traitement maritime. Quand on n'a pu obtenir la résolution, le Dr Deligny conseille d'en produire artificiellement la fonte au moyen du séton filiforme qui, selon lui, s'applique à tous les cas sans exception.

Il est cependant d'avis de recourir à l'extirpation quand la tumeur ganglionnaire, par son volume et par ses rapports, détermine des accidents qui menacent la vie du malade.

Dans un second mémoire, M. Deligny étudie le diagnostic différentiel et le traitement des convulsions chez les enfants.

Puis vient une monographie sur la fissure à l'anus, où, à défaut d'idées originales, l'auteur a du moins le mérite d'une exposition très claire de la question. J'en dirai autant de son travail sur les vers intestinaux chez les enfants.

Dans un 5e mémoire, le Dr Deligny étudie le traitement thermal de l'eczéma aux eaux de St-Gervais.

A l'appui de sa candidature, le Dr Deligny nous adresse encore deux observations inédites et intéressantes de leucocythémie.

Par la multiplicité des études qu'il nous a adressées, le Dr Deligny nous prouve qu'il est travailleur, et la valeur de ses divers mémoires ne peut que vous engager à l'admettre au nombre de vos membres correspondants.

Elections. — Le Dr Lainey est élu membre titulaire de la Société de médecine.

Le Secrétaire,
A. Cerné.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

204. — La commune de Zéraïa, département de Constantine, demande un médecin.— Le conseil municipal a voté une somme de 4,000 francs pour le traitement du médecin qui s'installera dans cette commune. Il pourra faire la pharmacie.— s'adresser au Maire de Zéraïa.

203.— Excellente clientèle médicale à prendre de suite, à Montcenis (Saône-et-Loire). Avantages divers : 4.000 francs.— s'adresser au Maire.

202.— Bon poste médical à céder de suite à Solesmes (Nord).— Produit probable pour la première année : 17 à 18.000 francs, susceptible d'augmentation. — s'adresser au Dr Grégory, à Solesmes (Nord).

201.— A prendre, à 150 kilomètres de Paris, un poste médical donnant une moyenne de 8 à 10,000 francs. Le titulaire actuel céderait sans rétribution à un jeune docteur actif, et resterait à sa disposition pendant le temps nécessaire pour lui faire connaitre la clientèle. — s'adresser aux Nouveaux Remèdes, 41, rue J.-J. Rousseau, Paris.

200.— Bonne Clientèle médicale à prendre de suite à Crésantignes (Aube). Elle se compose de plus de 5.000 habitants repartis en 16 communes.— S'adresser au maire de Crésantignes.

199.— Excellente clientèle médicale à prendre de suite à Arc-et-Senans (Doubs). Commune de 1.300 habitants, station de chemin de fer, bureau de poste, plusieurs usines.— s'adresser à M. le Maire d'Arc-et-Senans (Doubs).

198 — A prendre gratuitement en Bretagne et par suite de décès, bon poste médical d'un produit de 6 à 7.000 fr. susceptible d'augmentation. — s'adresser au bureau du journal.

197. — Bonne position à prendre à Bréhémont (Indre-et-Loire). Fixe 1.000 f. La commune ne compte pas d'autre médecin et pas de pharmacien. — s'adresser au maire de Bréhémont (Indre-et-Loire).

196. — A céder excellent poste médical, à 1 h. 1[2 de Paris. Conditions avantageuses. Chemin de fer. Dix communes à desservir. Rayon de population 6000 hab. On céderait installation, mobilier et voiture. — s'adresser au bureau du journal.

195.— Belle clientèle à céder sous conditions dans un bourg de 2000 habitants, à 1 heure d'Orléans. La population à desservir est de 6000 habitants environ. Revenu annuel 10 à 12,000 fr. environ, dont 2000 à 2500 de fixes.— s'adresser au Dr Mouly, 3, rue de l'Odéon.

194. — Un docteur offre de remplacer temporairement un confrère malade ou qui désirerait s'absenter. — s'adresser au bureau du journal.

193. — Clientèle médicale à céder gratuitement dans le dép. des Côtes-du-Nord. S'adr. au Dr Bellouard, 146 bis, avenue de Neuilly.

192.— Un jeune docteur en médecine, désirerait remplacer un confrère à Paris, pendant les vacances. — s'adresser au bureau du journal.

190. — Un docteur en médecine de la Charente-Inférieure offre à titre d'essai, pendant trois mois à un jeune confrère la gérance d'une clientèle aux conditions suivantes :

La moitié du produit de la clientèle ; de plus le prenant aurait à sa diposition, à titre gracieux, une bonne, un domestique, un cheval, une voiture, le logement.

Comme il n'y a pas de pharmacien, le titulaire actuel prendrait à sa charge entière la fourniture des médicaments, mais conserverait pour lui un fixe de 1.200 fr. (annuel). Après ces trois mois d'essai le titulaire prend l'engagement de céder ladite clientèle et le fixe, le tout gratuitement (sous certaines réserves).

Cette clientèle qui date de 80 ans ne peut être conservée par le titulaire pour raison de famille;— s'adresser au bureau du journal.

191.— Un confrère désirerait s'associer à la direction d'un établissement hydrothérapique ou de tout autre établissement se rattachant à l'artde guérir.— s'adr. au bur. du journal

189. — A céder dans de bonnes conditions une clientèle médicale à Paris, dans un quartier central ; — s'adresser au bureau du journal.

188. — Clientèle médicale à céder immédiatement, dans une station thermale importante. — S'adresser aux bureaux de l'*Union Médicale* 11, rue Grange-Batelière, Paris.

187 — Un jeune docteur prendrait un poste médical, mais avec un certain rapport annuel assuré. — S'adresser à M. E. Bruyère, 9, Allées Damour à Bordeaux (Gironde).

186. — Clientèle médicale à céder *de suite*. Produit 7.000 fr. susceptible d'augmentation. Pas de pharmacien. Peut se faire sans cheval. Résidence charmante sur les bords de la Seine, à 2 kilom. d'une station de chemin de fer à 3 heures de Paris.— s'adresser au bureau du journal.

185. — Clinique et clientèle ophthalmologique à céder dans une grande ville de province au centre de la France. Bonnes conditions ; — s'adresser au Dr Onimus, 7, place de la Madeleine, Paris.

184. — A céder à Paris, dans un quartier populeux, clientèle médicale d'un produit de 12 à 15.000 fr. Prix : 5.000 fr.— s'adresser au bureau du journal.

183.— Position à prendre. — On demande un médecin pour la commune de Baugy (Cher). 1.600 habitants. Le canton à 13.000 habitants.— *Grand avenir*. — S'adresser à M. Nourisset, propriétaire à Baugy (Cher).

226. — A céder bonne et ancienne clientèle en pleine activité, à 4 kilomètres d'un important chef-lieu de canton, dans la Charente-Inf. ;— s'adresser au bureau du journal.

220. — Clientèle à céder pour cause de maladie dans une ville de l'Eure. Rapport de 10 à 14.000 fr. ; — s'adresser au bureau du journal.

181.— Bon poste médical à prendre dans un chef-lieu de canton de la Nièvre, sur une ligne de chemin de fer. Pas de pharmacien;— s'adresser au bureau du jounal.

Voir la suite des vacances médicales, p. 848

PHTHISIE — CATARRHES — BRONCHITES CHRONIQUES

Capsules Dartois

Formule { **CRÉOSOTE DE HÊTRE** .... 0,05 / Huile de foie de morue blanche .... 0,20 } par Capsule.

Ces Capsules, qui ont la grosseur d'une pilule ordinaire, sont prises facilement et bien supportées par tous les malades. Leur formule est reconnue la meilleure par les Médecins qui les ont ordonnées. — *Doses : de 4 à 6 par jour.* — Faire boire, immédiatement après, un peu de lait, d'eau rougie ou de tisane.

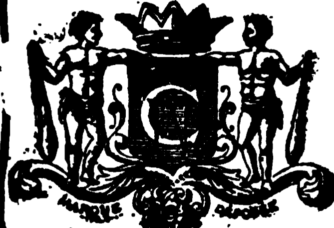
Le Flacon : 3 fr. — *105, RUE DE RENNES, PARIS,* et les principales Pharmacies.

Cataplasme Hamilton

Ce **Cataplasme instantané**, représentant les principes mucilagineux concentrés de la graine de lin, se prépare instantanément, par simple immersion dans l'eau. — *Il a de plus l'avantage d'être très léger et de ne jamais rancir.*

FER du DOCTEUR CHALHOUB

de la Faculté de Paris



PEPTONATE de FER

Cette préparation, essentiellement assimilable, constitue à la fois un aliment et un médicament. Le Fer, par son association à la Peptone, se trouve facilement absorbé, de là les résultats obtenus pour combattre l'**Anémie**, la **Chlorose**, les **Pâles couleurs**.

DOSE : *Une cuillerée à café matin et soir dans un quart de verre d'eau, de vin ou de bouillon au moment du repas.*

Préparé par QUENTIN, Ph^{ien} de 1re classe

22, PLACE DES VOSGES, 22

Vente en Gros : ALBERT PLOT Droguiste, rue du Trésor, 9, PARIS

PILULES DE PEPSINE

HOGG, Pharmacien, 2, Rue Castiglione, PARIS

La FORME PILULAIRE est la meilleure pour prendre la PEPSINE

Ces Pilules sont très solubles.

n'étant recouvertes que d'une SIMPLE COUCHE de SUCRE

1° PILULES à la Pepsine pure acidifiée

contenant 10 centigrammes de Pepsine.

2° Pilules** à la **Pepsine** et au **Fer** réduit p^r l'**Hydrogène

contenant 5 centigr. de Pepsine et 5 centigr. de Fer.

3° Pilules à la Pepsine et à l'Iodure de Fer

contenant 5 centigrammes de Pepsine et 5 centigrammes d'Iodure.

SE TROUVE DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES.

MÉDAILLE D'OR — NICE 188

Eau Minérale, Ferrugineuse, Acidule

CALDAN

(CORSE)

Contre Anémie, Gastralgie, Affaiblissement

La seule Eau ferrugineuse prévenant la Constip

CONSULTER MM. LES MÉDECINS

Dépôt chez tous les Marchands d'Eaux Minérales et bonnes P

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE : M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY ; — OPÉRATION DE BATTEY ; — TÉNOTOMIE ; — ÉLECTION.

L'Académie de médecine a rendu, par la voix autorisée de son président M. Bergeron, un juste hommage à la mémoire d'un de ses membres les plus distingués, M. Noël Guéneau de Mussy.

Tous les médecins qui ont suivi le mouvement scientifique pendant les trente dernières années ont connu l'académicien regretté. Médecin érudit, clinicien consommé, écrivain excellent, orateur agréable, Noël Guéneau de Mussy s'était concilié le respect et la sympathie de tous. Nous lui devons un nombre considérable de travaux. Outre ses remarquables *le-*

FEUILLETON

LA MÉDECINE ANECDOTIQUE

Mon cher Directeur,

Vous avez bien voulu accueillir les quelques *combles* que je vous ai adressés le mois dernier. Quoique ce genre soit un peu démodé, je vous adresse quelques fantaisies extraites pour la plupart de la célèbre collection de notre ami le Dr Monin.

Le comble de la chance, pour la femme d'un opticien :
— Accoucher de deux jumelles.

Le comble de l'abrutissement :
— C'est de se ruiner à casser à la carabine des *pipes* dans les foires parce qu'on est membre de la Société contre l'abus du *tabac* !

Le comble du patriotisme :
— Refuser de se purger avec de l'eau-de-vie allemande.

Le comble de l'ignorance pour un plombier :
— Vouloir poser des tuyaux aux pompes funèbres.

çons cliniques, il a publié un grand nombre de mémoires originaux sur différents sujets, et il a beaucoup contribué à propager en France les idées étiologiques de nos voisins d'Outre-Manche sur la fièvre typhoïde et les autres maladies infectieuses.

M. Noël Guéneau de Mussy s'était retiré depuis plusieurs hivers dans la charmante colonie hivernale de Valescure (Saint-Raphaël) qu'il avait contribué à fonder avec plusieurs médecins parisiens.

— M. Duplay a exposé magistralement les règles qui doivent présider à l'opération de Battey. Grâce aux travaux et à l'autorité du professeur, cette opération aura désormais droit de cité dans la chirurgie française à côté de l'ovariotomie et de l'hystérectomie.

— La séance a été terminée par une intéressante lecture de M. Landolt sur la ténotomie du muscle oblique inférieur. Nous devons en même temps annoncer l'élection de M. Duménil dans la section des correspondants nationaux et féliciter notre sympathique confrère de Rouen.

Le comble de l'hygiène pour un musicien :
— Prendre un bain de son.

Le comble de la pudeur chez une jeune fille.
— Ne pas regarder le soleil se coucher.

Le comble de l'erreur pour un curé appelé auprès d'un malade :
— Etre convaincu qu'un lavemeant doit aller au ciel parce qu'il vient d'être administré.

Le comble du sang-froid chez un amputé :
On vient de lui couper la jambe droite, il n'a pas sourcillé.
— Bien joué !.. dit-il au chirurgien. A présent voulez-vous me rendre un petit service ?
— Très volontiers. Qu'est-ce donc ?
— Les ongles de mon pied gauche sont bien longs. Pendant que vous y êtes, faites-moi donc l'amitié de me les couper.

Le comble de l'outrecuidance :
Se faire expulser de l'Ecole de santé militaire, et mettre comme sous-titre à toutes ses cartes de visite :
Dr X..., licencié du Val-de-Grâce.

REVUE CLINIQUE

SUR L'ENCÉPHALITE AIGUE DES ENFANTS

Par le professeur A. Strumpell, de Leipzig. (Communication du congrès des naturalistes de Madgebourg.)

Ce n'est pas là une maladie nouvelle, ni absolument rare, puisque, en quelques années, l'auteur a pu en rassembler une vingtaine de cas, mais elle n'est étudiée ni dans les manuels ni dans les traités spéciaux des maladies du système nerveux.

L'encéphalite aiguë des enfants ressemble complètement dans presque toutes les particularités de son cours à la paralysie spinale de l'enfance, avec les différences qui sont inévitablement amenées par la localisation différente du processus morbide. Ainsi, l'encéphalite aiguë surprend presque toujours des enfants en pleine santé, et même particulièrement bien développés et vigoureux. Dans les 24 faits sur lesquels Strümpell possède des notes suffisantes, la maladie survient 7 fois avant la fin de la première année, 8 fois chez des enfants de 1 à 2 ans, 8 fois entre 2 et 3 ans. Les autres cas concernent des enfants plus agés, dont le plus vieux avait 6 ans. Le plus jeune âge auquel la maladie survint est 4 semaines.

Le comble de l'étonnement pour un homme de l'art :
— Donner un ipéca stibié à une concierge, et ne réussir à lui faire vomir qu'un torrent d'injures.

— Le comble de la confiance :
Se frotter le crâne avec du jus de cresson dans l'espoir de vaincre la cruelle alopécie.

Le comble de l'anesthésie :
— Endormir un opéré par de vaines promesses.

Je m'arrête dans la crainte d'abuser de la patience de vos lecteurs qui ne me pardonneront sans doute cette série que parce qu'elle est courte.

Dr Minime.



Aucune cause spéciale ne peut être invoquée avec sécurité. La disposition héréditaire aux maladies nerveuses manque habituellement. Quelquefois seulement, on a noté des crampes chez les frères et sœurs. Le refroidissement ne peut pas être incriminé. Deux fois, un traumatisme (coup sur la tête) est rapporté dans les antécédents prochains, une fois la maladie survint immédiatement après la rougeole; une autre fois, après la scarlatine.

La maladie éclate le plus souvent subitement avec un stade initial dont les symptômes les plus fréquents consistent en fièvre, vomissements, convulsions. Ces dernières peuvent manquer, mais, le plus souvent, elles sont violentes, et accompagnées, selon toute apparence,de perte de connaisance, et généralisées, quelquefois unilatérales et occupant alors le côté qui sera paralysé plus tard.

Ce stade initial présente d'assez grandes différences, suivant les cas : tantôt manquant complètement ; tantôt, rudimentaire, et borné à quelques convulsions de courte durée ou à une simple indisposition avec fièvre légère ; tantôt, au contraire, il dure deux ou trois jours, et parfois même plus longtemps, une ou deux semaines, ou même un ou deux mois, mais alors les convulsions ne sont plus un phénomène initial proprement dit, mais un phénomène consécutif aux lésions corticales.

C'est seulement à la fin de ce stade que la paralysie, le plus souvent assez complète, est remarquée par les parents, et il est difficile de faire préciser le moment de son apparition. Elle est le plus souvent complète d'emblée, quelquefois graduelle, mais en somme, toujours, elle s'établit rapidement. A ce moment les enfants sont redevenus dispos. Il est douteux que le stade initial puisse avoir une issue fatale; pourtant Strümpell incline à penser que plus d'un cas de mort subite avec phénomènes cérébraux peut être attribué à l'encéphalite aiguë ou à la poliomyélite. En tout cas, c'est le plus souvent à une date assez éloignée du début des accidents qu'on commence à observer les cas de paralysie cérébrale du spinal infantile.

Presque jamais l'hémiplégie ne demeure complète. La plupart des enfants apprennent, bien tardivement, à marcher et à saisir, ou bien, s'ils savaient le faire avant, ils le réapprennent. La marche reste le plus souvent claudicante (parésie, contraction,

raccourcissement). Le bras est habituellement plus paralysé que la jambe, et reste le plus souvent inhabile aux fonctions délicates. Toujours est-il que la paralysie n'est jamais aussi complète que dans la polio-myélite. Il est relativement rare de trouver le territoire du point inférieur intéressé dans la paralysie, et presque toujours alors, il ne l'est qu'à un faible degré. L'attitude des yeux devra être recherchée et étudiée avec soin ultérieurement. Dans la plupart des cas, survient du strabisme qui n'existait pas avant la maladie.

En dehors des hémiplégies peuvent aussi se montrer des monoplégies non douteuses : mi-brachio-faciale sans participation de la jambe, mi crurale quelquefois. Dans bien des cas aussi, il n'y a pour ainsi dire point de paralysie proprement dite ; seulement, une certaine ataxie, une maladresse spéciale dans l'exécution des mouvements.

Si les parties paralysées présentent souvent un plus faible volume que les parties correspondantes du côté sain, on ne trouve jamais une dégénérescence atrophique des muscles, ni par conséquent une diminution de l'excitabilité électrique. L'arrêt du développement des parties positives est frappant. Chez des adultes atteints dans leur enfance de paralysie cérébrale, le raccourcissement du bras surtout peut être remarquable et porté à 5 ou 6 cent. La paralysie n'est pas flaccide comme dans la paralysie infantile, le ton des muscles est nettement conservé. Il est rare d'observer de fortes contractures. Les réflexes tendineux sont notablement augmentés du côté paralysé, et presque toujours aussi du côté sain.

Certains phénomènes d'excitation persistants du côté de la motilité méritent surtout d'attirer l'attention, parce qu'ils indiquent avec une grande ressemblance que la lésion siège dans l'écorce cérébrale. Bon nombre de patients restent toute leur vie épileptiques. Les accès, survenant à intervalles variables, commencent toujours par le côté paralysé, parfois demeurent bornés à celui-ci et peuvent ne pas s'accompagner de perte de connaissance, mais le plus souvent sont des accès complets. C'est donc une épilepsie symptomatique comme celle qui peut se montrer à la suite de toute lésion de l'écorce (cicatrice, dépression par fracture, etc.)

Une anesthésie persistante dans le côté paralysé, particulière-

ment à la main, se montre plus fréquemment encore. Ce phénomène peut disparaître complètement quand le membre est au repos, mais il se montre de nouveau à l'occasion d'un mouvement quelconque. L'action de marcher ou de causer peut aussi le provoquer.

Lorsque la paralysie frappe le côté droit du corps, des troubles du langage peuvent s'y associer. Les enfants apprennent plus tard à parler et le langage demeure inintelligible et *incomplet*. L'intelligence peut devenir normale, en dépit des phénomènes paralytiques, mais des troubles variés de ce côté ne sont point rares. Les enfants apprennent et comprennent difficilement et demeurent dans un état d'imbécillité. Parfois encore des défectuosités morales semblent liées à cet état. La sensibilité du côté atteint n'est jamais très diminuée ; parfois elle est tout à fait normale, parfois simplement émoussée. On ne sait rien de précis sur le sens musculaire.

L'analogie de cette maladie avec la paralysie spinale de l'enfance est incontestable ; dans les deux cas, la substance grise est le siège de la maladie, et la différence dans le tableau (distributions de la paralysie, accès ultérieurs d'épilepsie, anesthésie, etc.) dépendent uniquement de la localisation du processus qui est toujours inflammatoire, ainsi qu'on peut l'établir par les examens microscopiques, peut-être infectieux. Pour exprimer cette parenté entre les deux maladies, on pourrait appliquer à la forme que nous venons de décrire le nom de parencéphalite aiguë, en comparaison avec la paralysie spinale ou polio-myélite. Le diagnostic est presque toujours facile à établir avec un examen suffisant ; cependant on ne doit pas perdre de vue que l'hémiplégie chez les enfants peut dépendre aussi d'autres causes. (*Allg. Wiener med. Zeitung*, 30 déc. 1884.)

R. CHENET.

DU TRAITEMENT DES CREVASSES DU SEIN.

Il y a trois ans nous accouchions une jeune femme, primipare, qui désira nourrir elle-même son enfant. Tout alla bien d'abord ; pendant les premiers jours, l'enfant, qui était assez engourdi, eut quelque peine à téter, les seins étant tendus e

les mamelons peu saillants ; mais à partir du huitième jour, il téta vigoureusement. Au 18e jour des crevasses apparurent sur le mamelon gauche et deux jours après sur le droit. Nous les fîmes panser d'abord avec du glycérolé d'amidon, puis avec du glycérolé de tannin, sans succès ; nous essayâmes alors l'huile d'œuf, la pommade au précipité blanc, la teinture de benjoin. Malgré tout, les crevasses augmentèrent, de la lymphangite apparut, des frictions avec l'onguent napolitain belladoné et les cataplasmes ne réussirent pas à enrayer le mal ; un frisson survint, une fièvre intense s'établit et trois jours après nous étions forcé d'ouvrir un énorme abcès en bouton de chemise du sein gauche.

Le lait ayant presque complètement disparu du côté droit, nous fîmes cesser l'allaitement.

Ainsi donc, dans ce cas, nous avions essayé la plupart des moyens conseillés par les auteurs, et cela sans aucun succès. On pourrait peut-être nous objecter que nous n'avons pas été assez patient et que nous avons changé trop souvent de traitement ; si nous l'avons fait, c'est que l'abcès ne s'est formé qu'au bout d'un mois et demi et que par conséquent nous avons eu tout le temps d'essayer les divers médicaments que nous avons cités plus haut et d'en constater l'inefficacité. L'année dernière, cette jeune dame redevenait enceinte ; dès le sixième mois, nous l'engageâmes à nettoyer avec soin les mamelons et à les badigeonner tous les jours avec du cognac, ce qu'elle fit. Il y a deux mois, elle accouchait, et malgré ce traitement préventif, dès le 4e jour, les crevasses apparaissaient sur les deux seins.

Frappé des excellents résultats qu'obtenait notre maître, M. le docteur Pinard, dans son service de l'hôpital Lariboisière, au moyen de l'acide borique, nous résolûment d'employer son traitement, et nous nous hâtons de dire que ce fut avec le plus grand succès. Bien que les crevasses fussent nombreuses et très profondes, au bout de 5 à 6 jours elles étaient en voie de guérison et 14 à 15 jours après leur apparition elles étaient complètement guéries. Pendant tout ce temps, l'allaitement avait pu être continué. Le traitement de M. le docteur Pinard, ainsi que les résultats qu'il donne ont été publiés par un de ses élèves, M. le docteur Ressein, dans sa thèse inaugurale ; voici

en quoi il consiste: Dès que les crevasses apparaissent, et même on peut dire, dès qu'il y a de la sensibilité au moment de la tétée on applique sur le mamelon et l'aréole une compresse pliée en quatre et imbibée de la solution d'acide borique; cette solution doit être titrée de la façon suivante :

Eau distillée..................	200 grammes.
Acide borique..................	6 grammes.

On peut aussi employer, sans inconvénient, la solution saturée à 4 0/0.

Sur la compresse, on placera un morceau de taffetas gommé afin d'éviter l'évaporation ; sur le taffetas, on applique une couche de ouate et le tout est maintenu à l'aide d'un bandage de corps. Cette couche de ouate et le bandage de corps ont l'avantage de soutenir les mamelles, de les maintenir à une température constante et de les mettre à l'abri de l'action du froid.

De plus, la compression qu'elles exercent sur le sein est d'une grande utilité, en diminuant la tension du sein et en prévenant la formation du pus. L'avantage capital de ce traitement, c'est de rendre excessivement rares, les complications inflammatoires, lymphangite ou abcès, et de permettre de continuer le traitement. Depuis deux ans que nous suivons régulièrement le service de M. Pinard, nous n'avons vu, je crois, qu'un seul abcès du sein. Cela est vraiment merveilleux, étant donné le grand nombre de femmes qui ont été soumises au traitement. D'après M. Ressein, ce traitement diminuerait très notablement les douleurs éprouvées par les femmes au moment des premières succions; cela n'est vrai qu'au bout de quelques jours, alors que la cicatrisation est déjà en partie faite. Heureusement que grâce à la cocaïne, nous allons pouvoir les faire disparaître complètement, et cela dès la première ou la seconde application.

Mais avant de parler de ce nouveau médicament, nous dirons encore que le traitement par l'acide borique favorise la cicatrisation des fissures et des crevasses et ne détermine jamais d'irritation de la peau ni de phénomènes toxiques chez l'enfant.

Dans un mémoire fort intéressant, publié par le docteur

Alphonse Hergott, de Nancy, dans le n° de février, des *Annales de gynécologie*, sur l'emploi de la cocaïne en obstétrique, cet auteur rapporte 9 observations de crevasses du sein traitées par la cocaïne. La cocaïne est un des alcaloïdes de la feuille de l'*erythroxylon coca*, arbuste très répandu en Bolivie et au Pérou. Il a été découvert par un élève du docteur Wohler, M. Niemann, qui en 1859 fit connaître les propriétés chimiques de cet alcaloïde qu'il était parvenu à isoler.

Les propriétés de la coca ont été bien étudiées par M. Lipmann, puis par M. Marvaud, enfin, par Cazeau, élève de M. Rabuteau. Ce dernier montra nettement les propriétés anesthésiques remarquables de cet agent. Aussi furent-elles mises rapidement à contribution par les oculistes et les laryngologistes pour anesthésier les muqueuses oculaires, laryngées et nasales. Depuis quelques mois, les accoucheurs et les gynécologues l'ont mise à l'essai. M. Hergott a pensé que la cocaïne pourrait peut-être calmer les douleurs quelquefois atroces qu'occasionnent les gerçures du sein. Dans ces cas, l'emploi de la cocaïne était théoriquement indiqué d'une façon absolue. Les extrémités des filets nerveux sont à nu, et peuvent, par conséquent, être directement mises en contact avec la substance anesthésique. Ayant vu à la Maternité un certain nombre de femmes qui souffraient de gerçures du sein, il essaya la cocaïne. Il employa une solution de dix centigrammes de chlorhydrate de cocaïne dans 2 gr. 50 d'eau (4 p. 100). Il badigeonna à plusieurs reprises avec un pinceau le mamelon et les surfaces érodées. Dix minutes après il lava, avec de l'eau, les parties badigeonnées avec de la cocaïne, essuya avec un linge sec et l'enfant fut mis au sein. Le traitement fut appliqué à 9 femmes et les résultats toujours identiques permettent à l'auteur de conclure :

« 1° Que toutes les femmes atteintes de gerçures du sein ont pu allaiter, sans éprouver aucune douleur, après que l'on eut badigeonné le mamelon avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4 p. 100.

2° Que l'état de la gerçure a été amélioré, et que dans les cas où les gerçures étaient peu profondes, les modifications imprimées à la plaie par la cocaïne avaient amené assez rapidement la disparition de la crevasse.

3° Que les cautérisations faites avec le crayon de nitrate d'argent dans les gerçures profondes ont encore été un peu douloureuses, probablement parce qu'elles avaient été pratiquées, un peu prématurément et parce que la solution n'était pas assez concentrée.

4° Enfin, que la cocaïne doit être employée dès que les mamelons sont sensibles afin de prévenir la production des crevasses. »

Jusqu'à ce jour, l'opinion de la plupart des accoucheurs était que tout réussissait contre les crevasses du sein, mais aussi que tout échouait selon les cas, que ce qui était efficace chez l'une n'avait aucune action chez l'autre ; aujourd'hui, grâce au pansement à l'acide borique du docteur Pinard, on amènera la guérison rapide des crevasses et on évitera leurs complications; grâce à la cocaïne, les femmes pourront continuer à allaiter sans avoir à supporter les douleurs quelquefois atroces auxquelles elles étaient jusqu'ici presque fatalement condamnées. Quand on se servira de la cocaïne, il faudra avoir bien soin, avant chaque tétée, de faire laver soigneusement le mamelon avec la solution d'acide borique ; car, outre qu'on ne sait pas encore si la cocaïne sucée par l'enfant ne pourrait déterminer une intoxication, cette substance étant fort amère pourrait amener l'enfant à refuser le sein.

Dr Ad. Olivier.

DES DIVERSES VARIÉTÉS D'ORCHITES CONSÉCUTIVES AU CATHÉTÉRISME URÉTHRAL

Par le Dr Barette, prosecteur à la Faculté (1).

Nous avons eu l'occasion, dans le courant de l'année dernière, de recueillir deux observations qui nous ont paru intéressantes, à cause des différences que l'on y trouve dans la marche et la terminaison de maladies nées d'une origine analogue.

Il s'agit, dans les deux cas, de sujets atteints d'hypertrophie de la prostate qui, à la suite de cathétérismes évacuateurs répétés, furent pris d'orchites. Chez l'un la terminaison fut sim-

(1) Travail lu à la *Société Médico-pratique*, séance du 13 avril 1885.

ple ; chez l'autre il y eut suppuration. Rapportons rapidement l'histoire de ces deux malades.

Obs. n° 1. — M. X., âgé de 65 ans, rhumatisant et hémorrhoïdaire, n'avait jamais eu de blennorrhagie, mais était sujet à de fréquentes et longues constipations. De 18 à 45 ans il monta beaucoup à cheval ; depuis 25 ans environ, il est atteint d'hémorrhoïdes externes saignant fréquemment, mais peu douloureuses. Il y a 12 ans, à l'âge de 53 ans, la miction devint de plus en plus pénible, douloureuse ; quelques accès soudains, mais passagers, de rétention se montrèrent ; enfin, depuis 9 ans M. X. est obligé de se sonder deux fois au moins dans les 24 heures, afin d'éviter les douleurs et les difficultés des mictions. Il y a cinq ans, à la suite de fatigues, la vessie devint douloureuse, le cathétérisme plus pénible ; le testicule droit se tuméfia rapidement ; le malade prit le lit, appliqua des cataplasmes et au bout d'une dizaine de jours tout était rentré dans l'ordre. Le 28 mai dernier, à la suite d'un voyage en chemin de fer, long et très fatigant, les douleurs vésico-périnéales réapparurent, le cathétérisme habituel provoqua un léger écoulement de sang ; le lendemain, le testicule commençait à se gonfler, devenait douloureux et M. X. me faisait appeler.

Quand je l'examinai, je constatai les faits suivants : testicule et épididyme gauche tuméfiés et douloureux, peu de liquide dans la tunique vaginale ; douleurs le long du cordon. Au toucher rectal, prostate uniformément tuméfiée et résistante, un peu douloureuse à la pression, cathétérisme douloureux quand on pénètre dans la portion prostatique. Les urines sont d'aspect normal, elle donnent cependant une légère odeur ammoniacale, elles ne contiennent pas de pus ni de mucus. Le testicule droit, malade il y a cinq ans, paraît tout à fait normal, et l'épididyme n'a conservé aucun noyau d'induration. Nous prescrivons le traitement suivant : cataplasmes, élévation des bourses, purgation avec 30 gr. d'huile de ricin.

Du 30 mai ou 5 juin les symptômes n'ont pas varié ; la miction avec la sonde est devenue seulement moins douloureuse. Le 5 juin le testicule et l'épididyme deviennent plus mous et diminuent de volume ; le même phénomène continue les jours suivants, et bientôt M. X. est tout à fait guéri de cet accident passager.

Obs. Nº 2. — Un homme de 65 ans, ordinairement bien portant et n'ayant jamais eu de rétrécissement, est pris, dans la nuit du 30 au 31 janvier 1884 d'une subite rétention d'urine.

Le 31 janvier il se présente à un chirurgien ; celui-ci sonde le malade et au bout de trois jours lui remet une sonde de gomme élastique afin qu'il s'habituât à se sonder lui-même ; quelquefois il y a un peu de sang au passage de la sonde.

Le 9 février, le testicule gauche se gonfle petit à petit et devient douloureux.

Les 11, 12 et 13, la constipation est opiniâtre, le testicule se tuméfie de plus en plus, devient très douloureux, de même que la région du cordon, qui est empâtée et dure dans la profondeur et surtout dans l'épaisseur de la paroi abdominale. On administre deux jours de suite de l'huile de ricin, des lavement purgatifs ; néanmoins des vomissements bilieux, par accès, surviennent; le ventre se ballonne et l'état du malade devient très grave. C'est cet intéressant malade dont M. le Dr Huchard, notre président, vous a parlé l'année dernière à la séance d'octobre.

Le 14 février, à la suite d'un lavement purgatif et de deux verres d'eau de Sedlitz, on obtint une évacuation très abondante; huit sangsues furent appliquées sur le cordon. Le lendemain matin l'état était meilleur, le ventre aplati, le cordon et le testicule étaient un peu moins douloureux.

Le 15, les douleurs du testicule sont plus circonscrites et sont très vives à la pression.

Le 16, adhérences entre la peau et la masse testiculaire, la peau est rouge, douloureuse.

Dans les jours qui suivent, le gonflement des bourses diminue petit à petit, la miction est d'ailleurs facile. Le 3 mars nous constatons qu'à la partie antérieure du testicule gauche, dans la région correspondant à la peau indurée et adhérente il existe un abcès en voie de formation. Trois jours après nous pratiquons une incision de cinq centimètres sur la partie saillante de la tumeur, elle livre passage à du pus provenant de la tunique vaginale, au fond de laquelle on voit la tunique albuginée, d'un blanc mat. Pansement alcoolisé.

Le lendemain, la tunique albuginée s'était effondrée et le testicule formait, au fond de la plaie, un bourgeon jaunâtre, à

la surface duquel on pouvait reconnaître les tubes séminifères.

Dans les jours qui suivirent, ce fongus testiculaire s'élimina petit à petit et il ne resta bientôt qu'une plaie rose et bourgeonnante.

Enfin vers le 8 avril, la plaie était cicatrisée, l'épididyme encore un peu tuméfié était en arrière de la cicatrise ; le testicule paraît avoir complètement disparu.

Nous avons donc eu successivement affaire à deux prostatiques ; tous les deux, à la suite du cathétérisme quotidien, ont eu des orchites. Chez l'un la maladie, qui était une récidive, a évolué en huit jours, puis a décru lentement, ayant tous les caractères d'une orchi-épididymite aiguë simple. Chez l'autre, le cordon, l'épididyme, le testicule ont commencé à s'enfler le 9 février. Vers le 25 un abcès commençait à se former ; le 6 mars seulement, c'est-à-dire près d'un mois après le début de l'orchite, l'abcès était ouvert et le testicule s'éliminait sous forme de fongus ; nous avions donc vu chez ce second malade une orchi-épididymite à forme assez lente mais terminée par suppuration. Pourquoi cette différence dans la marche, les symptômes et la terminaison de ces deux affections qui avaient le même point de départ ? C'est ce qu'il nous a paru intéressant de rechercher.

Nous avons pu recueillir, depuis 1845 jusqu'au moment où nous écrivons, quatorze observations de faits analogues. En y joignant les nôtres et deux faits récents qui nous ont été communiqués par notre ami M. Potherat, interne des hôpitaux, nous avons en tout dix-huit faits. Nous n'avons point exploré la littérature chirurgicale étrangère ; aussi, cette étude basée sur 18 observations n'est pour nous que le point de départ d'un travail qui devra être complété dans la suite.

TABLEAU SYNOPTIQUE des diverses variétés

Nos	AUTEURS	BIBLIOGRAPHIE	AGE	MALADIE PRIMITIVE	ACCIDENTS CONCERNANT LES URINES
1	Sédillot	Contrib. à la Chir. T. II	»	Rétrécis. blennorrh.	Rétention d'urine.
2	Sédillot	Id.	»	Rétrécissement.	Cystite.
3	Hornbostel	Thèse doctorat 1859.	70	Hypertr. de la prostate	Cystite chronique.
4	Laugier	Bulletin Société anatomique, 1866.	47	Paraplégie.	Cystite chronique.
5	Dubois	Gazette des Hôpitaux, 1867.	73	Hypertr. de la prostate	Rétention d'urine ancienne.
6	Tillaux	Thèse aggrégat., 1866.	»	Rétrécissement.	
7	Gosselin	Cliniques de la Charité.	75	Rétrécissement cicatriciel.	
8	Marchant	Bulletin Société anatomique, 1875.	80	Hypertrophie de la prostate.	Rétention. Urine ammoniacale.
9	Hancelin	Thèse doctorat, 1878.	70	Hypertrophie de la prostate.	Cystite chronique. Urines ammoniacales.
10	Tuffier	Société anatomique, novembre 1883.	62	Rétrécissement.	Rétention d'urine.
				2 mois après.	Nouvelle rétention.
11	Pilven	Thèse doctorat, 1884.	73	Pierre.	
12	Pilven	Thèse, 1884.	67	Rétrécissem. et hypertrophie prostatique.	Rétention d'urine, regor-gement.
13	Pilven	Thèse, 1884.	32	Rétrécissement cicatriciel.	Rétention d'urine.
14	Pilven	Thèse, 1884.	»	Hypertrophie de la prostate.	Rétention d'urine.
15	Barette	1884.	65	Hypertrophie de la prostate.	Rétent. d'urine très an-cien. urine normale
16	Barette	1884.	65	Hypertrophie prostatique.	Rétention d'urine. ... nes très phospha... ques non purulent...
17	Potherat	1885.	41	Rétrécissem. uréthral blennorrhagique.	Gène progressive de miction, goutte mi... taire depuis 4 ans.
8	Potherat	1885.	30	Rétrécissem. conséc. à trois blennorrhagies	Rétention brusque

d'Orchites consécutives au cathétérisme uréthral.

INTERVENTION CHIRURGICALE	DÉBUT DES ACCIDENTS TESTICULAIRES	TERMINAISON	AUTOPSIE
Uréthrotomie interne.	Orchite gauche.	Résolution.	
Uréthrotomie interne.	Orchite gauche.	Résolution au 16e jour	
Cathétérisme habituel	Orchite aiguë.	Résolution en 10 jours	
Cathétérisme fréquent	Orchite suppurée au 25e jour.	Mort du choléra.	Abcès disséminés dans le testicule.
Cathétérisme répété.	Orchi-épididym. droite.	Mort au bout d'un mois 1/2 par péritonite.	Suppuration diffuse du testicule. Abcès disséminés dans l'épidid. Abcès le long du cordon et supp. d'un sac hern., d'où péritonite.
Uréthrotomie interne. Cathétérisme.	Orchite droite avec vaginalité.	Résolution au bout de 8 jours.	
Dilatation progressive.	Orchi-épididym. gauche avec vaginalité.	Abcès de la tumeur vaginale. Guérison.	
Cathétérisme quotidien.	Orchi-épididymite au 13e jour.	Mort.	Abcès de l'épididyme. Suppuration du canal déférent et des voies séminales. Dilatation des reins et des uretèr.
Cathétérisme quotidien.	Orchite aiguë. Abcès circonscrit en 8 j.	Guérison.	
Cathétérisme et bougie à demeure.	Orchi-épidid. droite avec vagin. au 15e j.	Résolution.	
Même traitement.	Orchi-épididym. droite suppurée.	Mort.	Abcès disséminés dans l'épididyme. Uretères et reins dilatés.
Lithotritie.	Orchi-épidymite. gauche 5 jours après.	Résolution en 10 jours	
Cathétérisme répété.	Orchi-épididym. gauche suraiguë.	Suppur. tot. du testic. gauche en 8 j. Guér.	
Uréthrotomie externe. Sonde à demeure.	Orchi-épidid. gauche suppurée 3 j. après.	Suppuration en 6 j. Guérison.	
On change la sonde à demeure tous les 3 j.	Orchi-ép. droite et vag. 1 m. ap. fin de la g.	Abcès de la tunique vaginale. Guérison.	
Cathétérisme quotidien.	Orchi-épididym. gauche.	Mort.	Abcès disséminés dans l'épidid. Pus à l'intér. du canal déférent et des voies séminales.
Cathétérisme quotidien.	Orchi épididym. aiguë gauche.	Résolution en 10 jours	
Cathétérisme quotidien.	Orchi-épididym. gauche avec vaginalité.	Suppur. de la vaginale et du testicule au bout de 1 mois. Guér.	
Dilatation progressive.	Orchi-épididym. gauche 10 jours après début de la dilatat.	Supppurat. du testicule 6 jours après début de l'orchite. Guéris.	
Cathétérisme quotid. souvent avec hémorrhag. assez abond.	Orchi-épididym. droite au 6e jour du cathétérisme.	Suppuration au 10e jour de l'orchite. Guérison.	

(*A suivre.*)

LES EAUX SULFUREUSES EXERCENT-ELLES UNE ACTION DÉTERMINÉE SUR LA MENSTRUATION (1) ?

Par le Dr CAZENAVE DE LA ROCHE, médecin consultant aux Eaux-Bonnes.

Tel est le point de clinique thermale sur lequel j'ai l'honneur d'appeler quelques instants l'attention des praticiens. Le choix de ce sujet m'a été imposé par le compte rendu d'une des dernières séances de la Société d'hydrologie de Paris (2) qui nous donne une juste idée de la divergence d'opinion qui plane encore sur la question. En effet, les praticiens sont loin d'être d'accord sur l'influence que peuvent exercer les eaux sulfureuses en général sur cette importante fonction qui joue chez la femme un rôle si considérable et qui en caractérise la vie sexuelle. Les uns prétendent que ces eaux accélèrent la marche de la menstruation; d'autres au contraire qu'elles la retardent. Qui est-ce qui a raison ? Tout le monde et personne.

Si la solution de la proposition hydrologique est encore incertaine, c'est qu'à mon avis elle a été mal posée, en ce qu'il n'a pas été suffisamment tenu compte de son caractère complexe. Je vais essayer d'y suppléer, en spécifiant la question d'une façon plus conforme aux lois physiologiques, m'appuyant pour cela sur les documents cliniques fournis par une expérience thermale de trente années.

Je serai bref, ne voulant pas abuser de votre bienveillance. En conséquence, je résumerai, sous forme de conclusions, le résultat de ma pratique relatif au point en litige et je prendrai les Eaux-Bonnes comme l'un des types les mieux caractérisés des eaux sulfureuses naturelles.

1° Chez un certain nombre de personnes d'une constitution bien équilibrée, d'un tempérament parfaitement pondéré, chez lesquelles la menstruation était normale et qui firent usage des Eaux-Bonnes à l'encontre d'une phlegmasie simple des canaux aériens, les Eaux-Bonnes exercèrent sur le flux menstruel une action légèrement accélératrice, devançant l'apparition d'une dizaine de jours environ. Un effet contraire eût été en opposition avec la stimulation vasculaire reconnue aux Eaux sulfureuses des Pyrénées, en premier lieu par Bordeu, et plus tard par la plupart des observateurs de la chaîne des Pyrénées, au nombre desquels je citerai l'opinion de M. le Dr GRANIER à AMÉLIE-LES-BAINS, de l'ancien inspecteur de Cauterets, M. le Dr CARDINAL et mon père, ancien inspecteur des Eaux-Chaudes.

2° Chez un certain nombre d'anémiques avec exagération quantitative du liquide menstruel, par défaut de plasticité et chez d'autres pauvrement réglées au point de vue quantitatif et qualitatif, j'ai vu les *Eaux-Bonnes* et les *Eaux-Chaudes* (voisines des premières et toutes deux sulfureuses) retarder les règles chez les personnes de la première catégorie, en rendant leur sang menstruel moins abondant et plus riche en globules,

(1) Mémoire lu à la Société de Médecine pratique, séance du 21 mai 1885

(2) 7 avril 1884.

et augmenter la quantité et la plasticité du liquide sanguin chez celles de la seconde classe.

3° Dans cinq cas bien accusés de ménorrhagie chlorotique, la médication sulfureuse des Eaux-Bonnes a ramené les flux menstruels aux proportions physiologiques.

4° Dans l'aménorrhée symptomatique d'un appauvrissement constitutionnel, d'un lymphatisme exagéré ou accidentel, déterminée par des conditions d'hygiène mauvaise, les eaux sulfureuses (Eaux-bonnes, Eaux-Chaudes et Saint-Sauveur) ont bien souvent rétabli le cours des règles absentes depuis plusieurs mois. L'été dernier les bains et les injections de la source d'*Orteig* ont rappelé, après dix-huit mois de suppression, les règles chez une jeune fille anémique et chlorotique.

Est-ce une raison pour ranger, dans ce cas-ci, les eaux sulfureuses au nombre des emménagogues à côté de la rue, de la sabine, de l'ergot de seigle et de l'apiol. Evidemment non. La médication sulfureuse a agi sur l'ensemble de l'organisme à la façon des préparations martiales, plus spécialement sur les deux grands systèmes sanguin et nerveux modifiant celui-ci par celui-là (sanguine frescator nervorum) et rétablissant ainsi l'équilibre de l'ensemble fonctionnel et solidairement sur la menstruation tenue en échec par la perturbation de l'économie. Du reste, l'explication n'a rien de fantaisiste. Elle trouve sa confirmation dans les observations publiées par Bordeu dans son immortel travail des *Recherches sur les maladies chroniques*. On y voit toujours que le rétablissement de la menstruation coïncide avec celui de la santé. L'observation XXX vise plus particulièrement le sujet de cette note : « Nos « eaux, dit l'illustre médecin de Louis XV, ont le double avan- « tage de pousser les mois et d'en modérer le flux menstruel. »

Dans l'aménorrhée coïncidant avec une tuberculisation pulmonaire, comme le fait se présente si souvent, les Eaux-Bonnes plus particulièrement ont rétabli le cours des règles, en combattant par leur spécialisation médicale, la cause déterminante de leur suppression.

Je n'en dirai pas de même de l'aménorrhée chez les diabétiques, où la médication sulfureuse ne m'a donné aucun résultat. Les observations récentes publiées par M. le Dr Monin (1) donneraient à penser que dans l'aménorrhée des diabétiques, les eaux alcalines auraient été plus efficaces.

Enfin, lorsque l'aménorrhée est symptomatique d'une métrite (ces cas sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le suppose généralement surtout chez les jeunes filles dont la pudeur nous dérobe les signes rationnels de l'affection utérine), les eaux sulfureuses Eaux-Bonnes (Source d'Orteig) Eaux-Chaudes (L'Esquireille) et St-Sauveur, ont bien souvent ramené le flux menstruel qui avait résisté aux emménagogues les plus énergiques. Est-ce à titre de simple tonique reconstituant de l'économie que la médication sulfureuse a agi ici comme dans les cas précé-

(1) Traitement hydrologique et climatérique du diabète. Dr E. Monin, 1885.

dents ? Je ne le pense pas. Dès l'instant que le trouble menstruel dépend d'une phlegmasie chronique de la matrice, nous devons chercher l'explication du résultat thérapeutique non dans l'action dynamique et remontante propre à toutes les eaux sulfureuses en général, mais dans l'affinité élective pour l'utérus que l'observation clinique reconnaît tout particulièrement à quelques-unes d'entre elles en tête desquelles nous placerons les *Eaux-Bonnes*, les *Eaux-Chaudes* et *St-Sauveur*. Dans un mémoire dernièrement lu à votre Société de médecine pratique de Paris (1), j'ai démontré cliniquement la spécialisation médicale qui caractérisait la source d'Orteig, des Eaux-Bonnes, dans les affections de la matrice. Le *modus curandi* des eaux sulfureuses dans cette catégorie nosographique est connu. Elles procèdent à la résolution de la phlegmasie chronique de la matrice par voie *d'excitation substitutive*, comme du reste à l'adresse de toute phlegmasie justiciable de cette médication. Je n'ai donc pas à insister sur ce point.

Reste l'aménorrhée idiopathique. Il m'a été donné de l'observer deux fois. Dans le 1er cas, la suppression avait pour cause une chute de cheval, et dans le second cas, la frayeur causée par un incendie. Dans les deux, les Eaux-Bonnes et les Eaux-Chaudes ont été impuissantes. Ce résultat est logique ; je l'ai dit plus haut. Les eaux sulfureuses ne sont pas des emménagogues. Le dynamisme sulfureux ne pouvait donc dans ces deux derniers cas remplacer l'excitation vaso-motrice des emménagogues sur l'utérus.

J'arrive à la dysménorrhée dont on connaît les liens pathogéniques avec l'aménorrhée. Aussi l'observation thermale n'a-t-elle rien à ajouter de particulier quant au mode d'action des eaux sulfureuses sur cette affection. C'est ainsi que j'ai vu les eaux sulfureuses dont j'ai signalé plus haut la spécialisation thérapeutique, réussir presque toujours dans la dysménorrhée symptomatique, là où les emménagogues et même l'apiol, dont l'activité est incontestable, avaient échoué. Je n'ai pas à répéter les raisons explicatives du fait. Il est bien entendu que les succès dont je parle se rapportent à des cas où la dysménorrhée n'était que sous la dépendance d'une cause morbide justiciable de l'intervention chirurgicale, telle que étroitesse du col, corps fibreux, polype ou tumeur cancéreuse. Dans la dysménorrhée idiopathique au contraire, c'est-à-dire dans les cas où l'affection est causée par un état nerveux, ou, comme le fait se présente plus fréquemment, lorsque la matrice est le siège d'une congestion, la médication sulfureuse s'est montrée non seulement impuissante à rétablir le cours normal du flux menstruel, mais on a exagéré la symptomatologie.

Si les eaux sulfureuses en général sont favorables à la menstruation, alors que cette fonction est en pleine activité, il s'en faut qu'il en soit de même lorsqu'elle va finir. L'expérience m'a en effet bien des fois démontré qu'il est dangereux de faire usage des eaux sulfureuses à la *ménopause*. A cette époque de

(1) De l'action thérapeutique de la source d'Orteig ou Eaux-Bonnes dans les maladies de l'utérus. Paris 1884.

la vie de la femme, la suppression de l'hémorrhagie périodique entraîne au sein de l'organisme des mouvements fluxionnaires de nature pléthorique, des congestions viscérales, plus particulièrement vers le cerveau, le cœur ou l'utérus, qui contre-indiquent l'emploi de toute médication active. La prudence conseille donc de s'abstenir des eaux sulfureuses comme susceptibles d'imprimer une trop vive impulsion aux systèmes sanguin et nerveux fort en relief à cet âge si justement appelé *critique* de la femme. Aussi j'ai vu l'emploi imprudent des eaux sulfureuses (Eaux-Chaudes), déterminer de violentes hémorrhagies et une fois un véritable accès de manie aiguë.

J'aurai terminé ce rapide exposé des effets exercés par les eaux sulfureuses sur la menstruation par une dernière question qui est comme le corollaire des observations qui précèdent :

Y-a-t'il opportunité ou contre-indication à continuer l'usage du traitement sulfureux, sinon en bains. du moins en boisson pendant la période menstruelle ? Les opinions sont partagées à ce sujet.

J'ai déjà fait observer dans le cours de cette note que si les eaux sulfureuses ne constituaient pas, à proprement parler, un emménagogue, un excitant spécial de l'utérus, elles n'agissaient pas moins comme stimulant, en imprimant à l'ensemble fonctionnel et notamment à la menstruation une impulsion similaire dans l'espèce aux emménagogues. Aussi dans ma pratique déjà longue, aux Eaux-Bonnes et aux Eaux-Chaudes, n'ai-je jamais cru devoir interrompre la cure sulfureuse aux époques des règles et n'ai-je jamais eu lieu de m'en repentir. J'ajouterai même que dans deux circonstances seulement, il est vrai, des malades ont, à mon insu, continué l'usage des bains pendant leurs époques, sans en troubler le cours.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

—

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE

Du traitement local de la tuberculose laryngienne. — Le Dr Gougenheim passe en revue les divers traitements locaux employés contre cette affection si commune et souvent si implacable. Avec la majorité des praticiens, il rejette formellement la médication caustique sous forme liquide, et conseille, au début de l'affection, une médication légèrement astringente (chlorure de zinc au 20e ou au 30e) ; plus tard, les pansements calmants. Ce sont, en effet, les plus usités et les plus nécessaires. Personne n'ignore le degré de fréquence de la douleur et de la dysphagie dans la tuberculose laryngienne : c'est certai-

nement l'indication thérapeutique la plus fréquente et la plus difficile à satisfaire.

On peut employer dans ce but la *glycérine morphinée* (chlorhydrate de morphine, 1 gramme, eau de laurier-cerise, 10 grammes, glycérine, 20 grammes), mais le résultat est essentiellement passager et compensé par un narcotisme assez fâcheux.

La solution concentrée *d'extrait aqueux de coca* ne produit également qu'une sédation passagère et dont l'efficacité s'épuise après quelques applications.

L'*iodoforme* donne de bons résultats quand la douleur est le fait d'ulcérations. Malheureusement, le médicament ne peut adhérer longtemps ; il ne tarde pas à être balayé par les mucosités et les crachats.

Les *pulvérisations émollientes* fournissent les meilleurs résultats et les plus constants ; l'auteur donne la préférence à la décoction de laitue. Employée tiède, elle a l'avantage d'être très fluide, inoffensive pour l'estomac, et de n'inspirer aux malades aucun dégoût ; mais il faut l'employer très souvent et surtout faire précéder l'ingestion des aliments de pulvérisations assez prolongées.

Dans certains cas, particulièrement lorsque la dysphagie est sous la dépendance d'une augmentation de volume de l'épiglotte, le Dr Gougenheim conseille l'emploi de la galvanocaustie, dépourvue, suivant lui, de tous les inconvénients reconnus aux caustiques chimiques. L'application, toutes les semaines, de quelques pointes de feu, amènerait un soulagement rapide et durable. Il considère l'emploi de ce moyen comme formellement indiqué lorsque le larynx est le siège de ces nombreuses végétations qu'on rencontre assez fréquemment dans certaines formes de tuberculose laryngée.

Enfin, l'auteur rappelle que la trachéotomie est parfois nettement indiquée et doit être pratiquée pour sauver la vie du malade compromise par la sténose glottique. Il est généralement avantageux d'anesthésier les malades, d'ouvrir la trachée de préférence à l'espace intercrico-thyroïdien et de pratiquer l'opération au moyen du thermo-cautère.

CHIRURGIE

Extirpation de vésicule biliaire, pratiquée par M. le Dr Thiriar, de Bruxelles, **et suivie de guérison.** — M. Langenbach, de Berlin, fit à Bruxelles une extirpation de la vésicule biliaire chez un malade qui souffrait depuis très longtemps de coliques hépatiques, rebelles à tous les traitements. Cette opération fut suivie d'une guérison définitive. Le Dr Thiriar, qui assistait à cette opération, avait comme cliente une femme sujette à de très fréquentes coliques hépatiques depuis quatre ans. Il lui proposa l'extirpation de la vésicule biliaire chez sa malade ; il ne croit pas qu'il existe de calculs ; ceux-ci sont rendus après chaque crise. Mais il pense que c'est dans la vésicule que le magma, destiné à devenir prochainement calcul, se forme. Les calculs intra-hépatiques ne sont autres pour lui que des calculs formés dans la vésicule et qui, ne trouvant pas d'issue par le canal cholidoque, remontent par le canal hépatique jusque dans le foie où ils s'enclavent dans les ramifications de ce dernier conduit. L'opération fut faite avec toutes les précautions antiseptiques voulues :

« L'anesthésie étant assurée, il est procédé à l'opération par « une incision suivant le bord externe du muscle droit de l'ab- « domen, distant d'un gros travers de doigt du rebord costal « et longue de 15 c. environ. Le muscle mis partiellement à « nu est épais et tendre ; il est incisé transversalement à ses « fibres à 3 travers de doigt sous les fausses côtes, ainsi que le « tissu cellulaire et la peau dans l'étendue de 4 c., ce qui don- « nait à la plaie la forme d'un T renversé de côté. Après avoir « délicatement détruit quelques adhérences du côlon avec le « foie, la vésicule apparait sous la forme d'un petit boudin, « mou, d'aspect rosé, musculeux, à parois épaisses.

« On constate fort peu de bile et pas de concrétions dans « la vésicule et les canaux excréteurs. La vésicule adhère in- « timement ou duodenum. Ces adhérences furent détachées, « la vésicule fut aussi isolé de ses commissures avec le foie.

« Lorsque le canal cystique fut bien isolé, une première li- « gature en soie sublimée fut jetée à son origine au delà du « collet ; une seconde ligature de précaution fut placée un peu « plus haut, après avoir refoulé le peu de bile qu'il y avait

« dans l'intérieur de son réservoir ; l'excision de celui-ci est « pratiquée entre les deux ligatures. Les lèvres du canal cys- « tique sont suturées par de la fine soie sublimée et la plaie est « désinfectée à nouveau par la solution au sublimé.

« Les lèvres de la plaie abdominale sont ensuite réunies ; « celles du péritoine d'abord, isolément, avec du fin catgut, « celles du ventre par des sutures profondes et superficielles « avec du catgut plus fort. »

Les suites en furent des plus simples : ni vomissement ni douleur de ventre, ni fièvre. Le troisième jour l'opérée restait assise dans son lit et digérait parfaitement ce qui lui était accordé. Six jours après elle se levait. Quatorze jours après l'opération elle est radicalement remise ; ses selles sont régulières, et elle a repris son régime ordinaire.

Jusqu'à ce jour cette opération a été pratiquée six fois et a donné quatre succès. Quant aux deux malades que Langenbach a perdus, l'un est mort d'une tumeur cérébrale, et l'autre à la suite d'une inflammation ulcérative du conduit cystique, qui était antérieure à l'opération et qui amena une péritonite par perforation. D'après le Dr Hyermaux, qui a lu cette observation à l'Académie de Médecine de Belgique, l'extirpation de la vésicule biliaire doit être pratiquée dans les cas de calculs biliaires confirmés et provoquant pendant quelque temps des crises rebelles à tout traitement. Nous félicitons l'habile chirurgien de son succès ; mais nous pensons que cette opération fort délicate ne se trouve que dans des cas *très rares*. (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Belgique*, t. XIX, nº 1) A. B.

Nouveau dilatateur pour les rétrécissements de l'urèthre, par le Dr Walsham, chirurgien-adjoint de « St-Bartholomew's hopital ». — Cet instrument se compose d'un mandrin en acier légèrement recourbé à une de ses extrémités. Tout autour de ce mandrin sont disposées une série de lames d'acier très flexibles, soudées l'une à côté de l'autre par une de leurs extrémités sur le mandrin, tandis que l'autre extrémité est espacée de la lame voisine d'un seizième de pouce (environ 0,001 millim. et demi) et vient se souder autour d'un anneau dont le diamètre répond au nº 14 de la filière anglaise. Le

Vol 8 1885

bec de l'instrument répond au n° 1 (fil angl.). L'instrument ainsi disposé est recouvert d'une gaîne en caoutchouc qui s'adapte exactement sur les lames et les maintient en contact avec le mandrin central. Pour écarter ces lames, on se sert d'une olive perforée dans son plus grand diamètre, et montée sur une tige également creuse. En outre l'olive présente à sa surface une série de canelures longitudinales.

Cette olive et sa tige sont destinées à recevoir dans leur intérieur le mandrin central et à glisser le long de celui-ci, tandis que les canelures reçoivent chacune une des lames flexibles. Veut-on se servir de l'instrument, on introduit d'abord le dilatateur dans le rétrécissement, puis on fait pénétrer l'olive dilatatrice qui, en cheminant le long du mandrin, écarte les lames. Celles-ci, maintenues par la gaîne de caoutchouc, ne peuvent pas blesser la muqueuse uréthrale, et celle-ci ne peut pas être exposée à être pincée entre deux lames lorsque ces dernières se referment. Avec cet instrument il y a dilatation graduelle et non pas divulsion. Ajoutons qu'il y a une série d'olives de différentes grosseurs de façon à graduer la dilatation.

Comme le fait judicieusement observer le Dr Walsham, on peut ne pas être partisan d'un instrument dilatateur, mais dans l'espèce celui-ci n'a pas les inconvénients et les dangers du dilatateur Holt et il peut à l'occasion rendre quelques services. (*Lancet* du 20 déc. 1884).

A. Rizat.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Traitement du cordon ombilical par Credé et Weber, de Leipzig. — Les auteurs se posent à eux-mêmes les questions suivantes : Comment peut-on empêcher l'écoulement de sang par le cordon sectionné ? Comment peut-on prévenir l'inflammation de la portion fœtale du cordon et ses résultats ? Ils déclarent, en premier lieu, qu'ils ne sont pas satisfaits des méthodes ordinaires au moyen desquelles on se met en sûreté, par le ruban de fil et la toile. Comme résultat de leurs observations cliniques et des expériences faites sur des cordons après l'accouchement, ils recommandent de se servir de ligature élastique comme l'a préconisé le Docteur Budin ; ils l'emploient depuis seize mois à la Maternité de Leipzig, et en obtiennent d'excellents résultats. La ligature employée a une épaisseur de

2 millimètres; on l'enroule en la serrant autour du cordon,et on lie, puis on fait un nouveau tour et on lie de nouveau. Par ce moyen, l'opérateur peut être absolument certain qu'il n'y aura pas d'écoulement de sang ; le point du cordon sur lequel portera la ligature sera contigu à la peau et, comme le recommandent les auteurs, on finira la petite portion de cordon à gauche sur l'enfant ; on aura ainsi le moins de chance possible d'inflammation traumatique. Le traitement consécutif consiste à maintenir sur le moignon une couche de ouate et à le sécher soigneusement après que l'enfant a été baigné. Depuis que ce traitement a été mis à exécution à la Maternité de Leipzig, il n'y a pas eu un seul cas d'affection de l'ombilic. (*Archiv. gynæk.*, XXIII, I, et *Edinburgh. med. Journ.*, jan. 1885.)

D[r] AD. OLIVIER.

Perforation de l'intestin causée par un examen bimanuel, par SCHWARZ, de Halle.—La malade était âgée de 46 ans et souffrait depuis longtemps d'une tumeur fibreuse utérine qui avait exigé à plusieurs reprises un traitement intra-utérin avec la curette. Très peu de temps après un examen, des symptômes de péritonite grave apparurent, et la patiente mourut. L'auteur pensa pendant la vie que cette péritonite était due à une rupture de l'utérus et au passage dans l'abdomen, pendant l'administration d'une douche vaginale, de perchlorure de mercure. A l'autopsie on trouva un rétrécissement partiel de l'intestin, avec dilatation de la portion qui le précédait et un trou dans ses parois. Sur le fond de l'utérus il y avait une marque comme si un point de l'intestin y avait adhéré. L'auteur pense que tel a été le cas, et que l'adhérence a été rompue pendant l'examen, qui cependant, a été doux, l'utérus étant douloureux au toucher. On ne trouva aucune trace de mercure dans les organes. (*Centbl. f. gynak.*, n° 27, 1884, *et Edinburgh. Med. Journ.*, janvier 1885.)

D[r] AD. OLIVIER.

Opération césarienne. — A la suite d'un travail sur ce sujet, VOLKMANN pose les indications suivantes :

1° La méthode ancienne, soit qu'on la pratique sur la femme morte ou vivante, doit être faite suivant les règles établies quand le but est de délivrer rapidement l'enfant.

2° L'opération césarienne selon la méthode de Sanger, c'est-à-dire en comprenant le péritoine dans la suture, doit être faite selon des indications relatives par exemple lorsque la femme ne veut être dépourvue du pouvoir de la conception.

3° L'opération de Porro est recommandée dans tous les cas d'ostéo-malacie ou de rétrécissement marqué du bassin et aussi quand une seconde opération serait nécessaire dans le cas où la grossesse se répéterait. Les tumeurs incurables l'indiquent aussi formellement. (*Deutsche med. Wochens. et medical Progres.*)

Dr Yvon.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de la goutte de Sydenham, traduit et annoté par le Dr Tartenson ; in 8° de 110 pages. Paris 1885, J. B. Baillière.

Le petit traité de Sydenham sur la goutte, si riche de faits dans sa concision, se lit encore aujourd'hui avec fruit, et sera peut-être encore lu avec intérêt à une époque où les théories de l'uricémie et du ralentissement de la nutrition seront allés rejoindre celles sur le sec et l'humide, et autres. Lasègue, esprit très lettré en même temps que clinicien consommé, avait dérobé quelques instants à ses nombreuses occupations pour traduire la partie séméiologique de ce petit traité, et il avait su donner à sa traduction un cachet tout à fait personnel. M. Tartenson n'a pas jugé qu'il fallait se donner le mal d'une traduction : il a pris celle de Jault, revue par Baumes, et publiée dans l'*Encyclopédie des Sciences médicales*; il a modifié par ci par là quelques mots et même parfois quelques membres de phrase, et il y a ajouté un commentaire très étendu, souvent intéressant, mais parfois assez discutable, ce qui tient à ce que l'auteur est goutteux et que si, à ce titre, il a pu nous faire bénéficier d'observations très justes, il n'a pas échappé à ce défaut dans lequel tombent généralement ceux qui décrivent une maladie d'après leur propre cas, c'est-à-dire une tendance marquée à voir toute la mala-

die en eux, et à assimiler à eux-mêmes tous les sujets atteints de la même affection.

J. C.



FORMULAIRE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

—

Phénomènes survenant pendant l'emploi de la Cocaïne

(H. Knapp.)

L'auteur avait injecté 6 gouttes d'une solution de cocaïne, à 4 pour cent, dans l'orbite oculaire, en vue de l'énucléation.

Pendant l'opération, le visage du patient était très pâle. Dans un autre cas, 5 gouttes d'une solution, à 3 pour cent, furent injectées sous un dermoïde de la grosseur d'une noix. L'anesthésie était complète et l'opération réussit complètement; mais le malade était d'une pâleur cadavérique, couvert d'une sueur froide, tombant en faiblesse et demandant fréquemment à boire. Après 15 minutes, ces phénomènes étaient dissipés. Knapp les attribue à l'action de la cocaïne.

Koenigstein ne partage pas complètement l'opinion de l'auteur à l'égard de la cocaïne et ne croit pas que les phénomènes ci-dessus puissent lui être attribués exclusivement, car on les a constatés aussi dans d'autres cas, sans intervention d'un agent toxique ou autre.

(*Centralblatt fur die gesammte Therapie*, III, 1885, 180.)

M. Boymond.

—

Sur le citropyroborate de bismuth, sel de bismuth soluble.

(R. Rother.)

Pour préparer ce sel, on mélange 399 parties de citrate de bismuth et 382 parties de borate de soude, avec quantité suffisante d'eau; on chauffe, on filtre, on évapore en consistance sirupeuse, on étend sur des plaques de verre et on fait sécher. Le produit obtenu est amorphe, non déliquescent, insoluble dans l'alcool, très faiblement soluble dans l'eau et miscible à ce dernier dissolvant, en toutes proportions, sans décomposition. Il présente une saveur salée, à peine métallique. La plupart des acides, l'acide borique excepté, le décomposent ; le précipité se redissout facilement dans une solution de borax. En présence d'un excès de borax, l'addition d'une grande quantité d'acide ne produit aucune précipitation.

(*American Journal of Pharmacy* 1884 818, et *Pharm. Centralhalle*, XXV, 1884, 591).

M. Boymond.

—

Pansement des bubons suppurés.—On savonne à l'eau chaude la peau, on la rase, puis on la

lave une dernière fois avec de l'eau phéniquée simple, c'est-à-dire à un pour cent. On ponctionne la tumeur et on injecte dans sa cavité une solution de chlorure de zinc (10 grammes de chlorure pour 60 gr. d'eau distillée). Après l'avoir maintenue un certain temps en contact avec les parois de l'abcès, on la laisse sortir et on la remplace par une injection abondante d'eau phéniquée à quatre pour cent. De la tarbatane repliée en 8 ou dix doubles, imprégnée d'eau phéniquée et de glycérine phéniquée à quatre pour cent est maintenue appliquée sur la plaie pendant 48 heures.

On l'enlève à ce moment et on renouvelle le pansement, en prenant les mêmes précautions. La guérison a lieu dans l'espace de six à douze jours.

(*Journal de médecine de Bordeaux*, n° 7, p. 67.)

Dr A. OGER.



VARIÉTÉS

— Tous les jeudis, M. le docteur Landouzy, professseur agrégé, chargé du cours d'hygiène, fera, avec les élèves, des visites aux établissements parisiens et suburbains ressortissant à l'hygiène publique.

UNION DES FEMMES DE FRANCE. — MM. Neumann, Pasteau, Dreyfous, Ch. Leroux ont été nommés officiers d'académie, comme professeurs à l'Union des Femmes de France. Les palmes académiques leur ont été remises à l'occasion de l'assemblée générale de cette société au succès de laquelle son corps enseignant a si puissamment contribué.

La ville de Paris doit à l'Union des Femmes de France la création de cours, comprenant tout ce que doivent savoir une infirmière-ambulanciere, une garde-malade, une mère de famille. L'instruction des élèves est complétée par un stage dans les hôpitaux et constatée par deux examens.

Le nombre des arrondissements pourvus de cours a été porté successivement de 5 à 15. La réunion générale des professeurs a décidé de le porter à 18 pour l'exercice 1885-86.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — Ordre du jour de la séance du 8 juin. 1° MM. LEBLOND ET BARETTE, rapports sur la candidature de MM. Rigollet et Pedebidou ; 2° M. COURSSERANT, étiologie de la choroïdite séreuse ; 3° M. SCHWARTZ, deux cas de hernie crurale étranglée ; 4° M. HUCHARD, note sur la pneumonie cérébrale des enfants ; 5° M. LEBLOND, traitement de la syphilis par le tannate de mercure ; 6° M. POULET (de Plancher-les-Mines), de l'emploi de l'acide oxalique dans les étranglements herniaires.

— *Faculté de médecine de Montpellier*. — M. le professeur Castan est nommé pour cinq ans doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Benoît, relevé de ses fonctions, sur sa demande, et nommé doyen honoraire.

— M. le docteur H. Picard commencera le lundi 8 juin, à cinq heures, amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, rue de l'Ecole-de-Médecine, un cours public sur les maladies de l'appareil urinaire, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

— *École de médecine de Poitiers*. — M. de La Garde, chargé de cours, est nommé professeur d'hygiène et thérapeutique.

— *Ecole de médecine de Reims*. — M. Colleville (Henri-Georges), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Calvo (Dominique), inspecteur des eaux minérales de la Seine, chevalier de la Légion d'honneur, décedé à Versailles.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 juin 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. le Président annonce la mort de M. Noël Gueneau de Mussy et rend hommage à la science, aux travaux et au caractère élevé de l'homme éminent que l'Académie a perdu. Ces paroles sont couvertes d'applaudissements.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national.

Le nombre des votants étant de 61, majorité 31. M. Duménil obtient 47 suffrages, M. Cazin 12, M. Berne 2. M. Duménil est élu.

M. Duplay lit un travail intitulé : **De l'ablation des ovaires dans le traitement des fibro-myomes utérins et des ménorrhagies incoercibles**. Voici les conclusions de ce travail :

1° L'ablation de deux ovaires est appelée à rendre les plus grands services dans les cas de ménorrhagies incoercibles, symptomatiques de la présence de corps fibreux de l'utérus.

2° Quoiqu'elle ne présente pas une très grande gravité, puisqu'elle ne donne pas plus de 14.6 p. 100 de mortalité, on ne doit y recourir qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique.

3° Elle est surtout indiquée dans les cas de fibro-myomes moyens et petits, dans lesquels l'hystérectomie serait parfois impossible et toujours extrêment grave, sinon fatalement mortelle.

4° Dans ces conditions, la castration est suivie presque constamment de la cessation complète et définitive des hémorrhagies et très fréquemment de la diminution du volume de la tumeur.

5° La castration est contre-indiquée dans les très gros fibromyomes et dans les cysto-fibromes pour lesquels l'hystérectomie est seule convenable.

6° La castration doit toujours être double et il est utile d'enlever en même temps que l'ovaire le pavillon de la trompe de Fallope.

M. Landolt lit un travail sur **la ténotomie du muscle oblique inférieur.**

Après avoir donné un court aperçu des particularités anatomiques du muscle oblique inférieur, l'auteur indique le procédé dont il se sert pour la ténotomie de ce muscle. L'insertion bulbaire du muscle se dérobant à l'opération, celle-ci doit porter nécessairement sur son origine orbitaire qui, située très près du bord inférieur de l'orbite est presque à fleur de peau et facile à atteindre.

L'auteur indique d'ailleurs quelques points de repère qui facilitent la préhension du muscle. Le premier est fourni par l'échancrure sus-orbitaire ; une verticale abaissée de ce point détermine par sa rencontre avec le rebord du plancher de l'orbite l'insertion sclérotique du muscle. Cette dernière se trouve, d'autre part, au milieu de la ligne qui réunit la paroi externe du sac lacrymal à la partie du rebord orbitaire située au-dessus du trou sous-orbitaire.

Le manuel opératoire est des plus simples. On pratique une incision courte, mais profonde, à travers la peau, le muscle orbiculaire, sur le rebord intérieur de l'orbite.

L'hémorrhagie arrêtée au moyen d'eau glacée aseptique, on écarte les lèvres de la plaie au fond de laquelle on reconnait le muscle à sa couleur et à la direction oblique de ses fibres. On le saisit avec une pince ou avec le crochet musculaire et sa section s'opère très facilement.

Cette opération est indiquée dans la paralysie de l'oblique supérieur et chaque fois qu'on désire un abaissement notable du globe oculaire. Dans ce cas, on la combinera avec la ténotomie du droit supérieur, voir même avec l'avancement de l inférieur.

M. Landolt pense que la ténotomie de l'oblique inférieur serait peut-être appelée à rendre service dans la myopie progressive, attendu que ce muscle recouvre la large veine inférieure externe des vasa-corticosa qu'il peut comprimer lorsque dans la convergence et l'abaissement du regard il s'enroule davantage sur le globe oculaire et se trouve facilement tendu.

Enfin, s'il est facile de saisir le muscle oblique pour le ténotomiser, il n'est pas beaucoup plus difficile d'en pratiquer l'avancement lorsqu'il est paralysé. Avant de le détacher, on passe dans le muscle une suture à l'aide de laquelle on avance et relève son insertion orbitaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 mai 1885. — Présidence de M. Horteloup.

Corps étrangers de la vessie. — M. Trélat présente, au nom de M. Marchant, l'observation d'un malade offrant les symptômes graves d'une rupture de la vessie à la suite de l'introduction d'un corps

étranger. La malade succomba presque immédiatement après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouva un tuyau de pipe long de 8 centimètres engagé dans l'uretère et ayant perforé la paroi uréthrale ; infiltration diffuse du tissu cellulaire périvésical.

Suture des tendons. — M. Monod ajoute deux faits à son rapport de la dernière séance. Le premier est relatif à une opération de résection des os du carpe faite dans le simple but de pouvoir suturer les deux bouts d'un tendon ; le second est le fait assez singulier de Gluck qui, dans un cas, a remplacé un bout de tendon par un fil de catgut ; ce dernier n'aurait pas été résorbé et aurait pu raccorder définitivement les deux bouts éloignés du tendon.

Périnéorrhaphie. — M. Marc Sée fait un rapport sur deux observations de M. Schwartz. Il est question de deux opérations de périnéorrhaphie pratiquées quelques jours seulement après l'accouchement ; l'avivement a été fait d'une manière très simple avec une spatule et des ciseaux courbes ; sutures périnéales et vaginales. Le résultat a été satisfaisant. Ces observations montrent qu'il ne faut pas condamner sans examen les opérations primitives de périnéorrhaphie.

Kyste hydatique du foie, laparotomie, guérison. — M. Terrier communique sous ce titre une très intéressante observation de kyste hydatique de la face inférieure du foie, tellement développé que le diagnostic le plus probable semblait être celui de kyste de l'ovaire. Il pratiqua la laparotomie, vida le kyste, en réséqua la plus grande partie et fixa la plaie adhérente au foie à la plaie abdominale, comme on le fait dans les opérations d'ovariotomie incomplète. La malade eut de la fièvre pendant quelques jours ; la partie interne de la poche se détacha par sphacèle ; une fistule se forma ; bref, au bout de quatre mois et demi, la malade était complètement guérie.

M. Tillaux remarque que M. Terrier s'est abstenu de faire une ponction préalable ; il pense que c'est une règle absolue en pareil cas, parce que certains kystes para-ovariens ont été guéris par simple ponction; enfin, au point de vue du diagnostic, la nature du liquide n'est pas sans importance.

M. Terrier, tout en reconnaissant le bien fondé de ces objections, n'est pas très partisan des ponctions, pour deux raisons : d'abord les guérisons de kystes para-ovariens par les ponctions sont tout à fait exceptionnelles, quoi qu'on ait pu dire ; en second lieu, elles ne sont pas absolument innocentes ; elles provoquent quelquefois la suppuration.

M. Verneuil demande si M. Terrier veut faire de la laparotomie une méthode de choix dans le traitement des kystes hydatiques du foie ou si c'est simplement un traitement d'exception ; pour lui, il continue toujours à traiter, avec succès, ces kystes par le drainage avec un gros tube en caoutchouc.

M. Trelat remarque que les indications peuvent varier suivant les rapports que présente la tumeur avec la paroi abdominale. Si la tumeur est éloignée de cette paroi, elle peut être justiciable de la laparotomie ;

dans le cas contraire, elle est accessible aux moyens plus simples. La ponction est toujours utile, surtout dans l'hypothèse d'un kyste hydatique du foie.

Obstruction intestinale. — M. Cruveilhier communique une observation d'obstruction intestinale par un calcul biliaire très volumineux. Dans ce cas, les accidents eussent pu être conjurés par la laparotcmie.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES.

Séance du 13 *février* 1885.— Présidence du Dr Bantry

La séance commença par un discours du Dr Bryant nouvellement élu président, et dans lequel il passe en revue les nouvelles opérations pratiquées sur les organes digestifs : estomac, pylore, etc., sur l'importance qu'il y a à bien différencier l'état inflammatoire des plaies d'avec le processus normal de la cicatrisation, et termine en montrant l'importance qu'il y a dans l'association du diagnostic médical et chirurgical dans le cas d'affections des organes abdominaux.

Le Dr Hale White lit ensuite une communication sur un cas de myxœdeme, et fait connaitre les résultats de l'autopsie. Le point intéressant de ce cas pathologique est que la malade a déjà été l'objet d'une communication à cette même Société en 1882. On la perdit de vue jusqu'en juin 1884, époque à laquelle elle entra dans le service pour une ascite ; mais le myxœdème avait diminué ; on en voyait encore des traces aux mains et au cou. La parole était traînante. On pratiqua une ponction de l'ascite, mais presque aussitôt après elle fut prise d'attaques épileptiformes qui l'emportèrent.

A l'autopsie on trouva un petit foyer hémorrhagique ancien dans le corps strié du côté gauche. Les vaisseaux du cerveau étaient épaissis ; le corps thyroïde était atrophié ; on constatait de la péritonite chronique, les intestins étaient aplatis, et il y avait de la périhépatite. Le cœur, les poumons, les ganglions cervicaux, le tube digestif, la rate, le pancréas, les capules scarénales, les ganglions mésentériques, les ganglions sympathiques, les reins, la vessie, les organes génitaux, le corps pituitaire, les muscles et les articulations des orteils, tous ces organes étaient sains. Dans le foie, on constatait une prolifération de noyaux dans le tissu connectif inter-cellulaire. Semblable lésion s'observait à la glande sous-maxillaire. Le corps thyroïde présentait quelques vestiges de vésicules : le tissu cellulaire semblait avoir été cuit, bien que çà et là on constatait une inflammation moins considérable. Les ganglions du sympathique étaient sains; le tissu cellulaire seul était le siège d'une prolifération de cellules embryonnaires. La moelle et le grand sympathique étaient dans leur état normal, excepté le tissu cellulaire qui présentait les lésions citées plus haut. Examinés au microscope, tous ces organes ne présentèrent aucune particularité. La cause du myxœdème reste donc encore très obscure ; ce qui ressort de la discussion qui suivit cette communication.

Les Drs Cartington et Hale White font connaître deux faits de *mort subite causée par une pharyngite phlegmoneuse*. L'examen nécroscopique montra un œdème généralisé situé sous la muqueuse du pharynx. Du côté droit, la muqueuse elle-même était œdématiée. Dans un des cas, la trachéotomie fut pratiquée, mais il n'y eut aucun soulagement à la dyspnée qui existait.

Le Dr Semon pense que ces pharyngites graves sont causées par un produit septique, d'où l'inutilité de la trachéotomie.

A. Rizat.

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES.

Séance du 17 *février* 1885.

Mort subite par oblitération de la trachée par un ganglion caséeux bronchique. — Le Dr Percy Kidd, présente un *ganglion caséeux* ayant fait hernie dans la trachée par une ulcération située à la paroi antérieure juste au-dessus de la bifurcation des grosses bronches. Ces pièces proviennent d'un enfant de sept ans, ayant toujours présenté de la toux croupale et striduleuse. Une nuit il fut pris de dyspnée, se débattit cherchant à respirer, et mourut au bout de dix minutes. Indépendamment de la lésion ci-dessus, on constatait des tubercules miliaires dans les poumons. Tous les autres organes étaient sains.

Le Dr Goodhart a vu un cas analogue.

Tumeur maligne chez un enfant de dix mois. — Cette pièce anatomique est présentée par le Dr Lockidood. L'enfant mourut d'hémorrhagie amenée par la rupture de cette tumeur qui avait débuté à l'âge de six mois. Elle prenait son origine dans l'intérieur du radius et elle était de nature sarcomateuse. Tous les autres organes ou ganglions étaient indemnes.

Cancer d'un rein calculeux. — Le Dr Bilton Pollard, présente cette pièce, provenant d'un homme de quarante ans. Le malade avait pendant longtemps souffert de coliques néphrétiques. L'urine contenait du pus, mais pas de sang. On constatait une tumeur à la région lombaire. La néphrotomie fut pratiquée et le docteur retira quarante-cinq calculs. Cette opération amena un grand soulagement au malade; mais la tumeur ne diminua pas : le malade tomba dans le marasme et succomba deux mois après. L'autopsie montra que l'on était en présence d'un cancer du rein. La substance corticale était hypertrophiée et présentait une multitude de petites cavités remplies d'une quantité de petits calculs. Les lymphatiques et les organes voisins étaient déjà envahis par l'affection cancéreuse, et montraient que toute intervention eût été inutile. Le Dr Bilton Pollard pense que le cancer s'est développé par suite de l'irritation causée par la présence des calculs.

Le Dr Hadden est de cet avis, car il a observé un fait analogue sur la vésicule biliaire. Le cancer avait été causé par des calculs.

Plusieurs membres de la Société prirent la parole dans ce sens et tous conclurent à l'influence des calculs sur le carcinôme rénal ou hépatique.

A. Rizat.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

204. — **La commune de Zéraïa, département de Constantine, demande un médecin.— Le conseil municipal a voté une somme de 4,000 francs pour le traitement du médecin qui s'installera dans cette commune. Il pourra faire la pharmacie.— s'adresser au Maire de Zéraïa.**

203.— Excellente clientèle médicale à prendre de suite, à **Montcenis** (Saône-et-Loire). **Avantages** divers : 4.000 **francs.— s'adresser au Maire.**

202.— Bon poste médical à céder de suite à Solesmes (Nord).— **Produit probable pour la première année : 17 à 18.000 francs, susceptible d'augmentation. — s'adresser au** Dr Grégory, à Solesmes (Nord).

201.— A prendre, à 150 **kilomètres de Paris**, un poste **médical donnant une** moyenne de 8 à 10,000 **francs**. Le **titulaire actuel céderait sans rétribution à un jeune docteur actif, et resterait** à sa disposition pendant le temps nécessaire pour lui faire connaître la clientèle. — **s'adresser aux** Nouveaux Remèdes, 41, rue J.-J. Rousseau, Paris.

200.— Bonne Clientèle médicale à prendre de suite à **Crésantignes** (Aube). Elle se compose de plus de 5.000 **habitants** répartis en 16 **communes.**— S'adresser au **maire** de **Crésantignes.**

199.— **Excellente clientèle médicale** à **prendre de suite à Arc-et-Senans** (Doubs). **Commune** de 1.300 **habitants, station de chemin** de fer, **bureau de poste, plusieurs usines.— s'adresser** à **M.** le **Maire d'Arc-et-Senans** (Doubs).

198 — A **prendre gratuitement en Bretagne et par suite de décès, bon poste médical d'un produit de** 6 à **7.000 fr. susceptible d'augmentation.** — **s'adresser au bureau du journal.**

197. — **Bonne position** à **prendre à Bréhémont** (Indre-et-Loire). **Fixe** 1.000 **f. La commune ne compte pas d'autre** médecin et pas de pharmacien. — **s'adresser au maire de** Bréhémont (Indre-et-Loire).

196. — A **céder excellent poste médical, à 1 h. 1/2 de Paris. Conditions avantageuses. Chemin de fer. Dix communes à desservir. Rayon de population 6000 hab. On céderait installation, mobilier et voiture. — s'adresser au bureau du journal.**

195.— **Belle clientèle** à **céder sous conditions dans un bourg de 2000 habitants, à 1 heure d'Orléans. La population à desservir est de 6000 habitants environ. Revenu annuel 10 à 12,000 fr. environ, dont 2000 à 2500 de fixes.— s'adresser au Dr Mouly, 5, rue de l'Odéon.**

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS
Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE.— BIOGRAPHIE DE NOEL GUENEAU DE MUSSY. — L'ISOLEMENT DANS LES HOPITAUX.

Félicitons d'abord l'Académie de la bonne inspiration qu'elle a eue de confier à M. Féréol le soin de retracer dans une biographie insérée dans ses Bulletins la vie si bien remplie de Noël Guéneau de Mussy. Espérons que cet exemple sera suivi et que les biographies ainsi composées permettront d'attendre les excellents, mais trop rares *éloges* du secrétaire perpétuel.

— La discussion sur l'érysipèle qui se terminera dans la prochaine séance par un vote aura probablement pour résultat d'établir dans tous les hôpitaux de Paris le principe de l'isolement pour les malades atteints d'érysipèle.

FEUILLETON

ÉTUDE SUR LE RÉGIME DE PYTHAGORE

Par le Dr E. Pivion (1).

Le végétarisme ou régime de Pythagore commence à beaucoup faire parler de lui. On sait qu'il existe en Angleterre une Société de végétariens depuis 1847 ; les membres s'engagent à ne vivre que de légumes, laitage, fruits, mais ne touchent jamais à un morceau de viande, ni à une boisson fermentée.

Il y a actuellement quatre sortes de végétariens : les végétariens religieux, les végétariens scientifiques, les végétariens par sensibilité et les végétariens par économie ou nécessité.

Avec les végétariens scientifiques, le Dr Pivion prétend qu'anatomiquement et physiologiquement l'homme n'est pas un

(1) 1 vol. in-8° de 215 pages, chez O. Berthier, Paris.

Le bon vouloir de notre administration municipale est évident en ce qui concerne le budget hospitalier. Il y a certainement lieu de le mettre à profit, non seulement pour obtenir l'isolement des maladies spéciales dans les hôpitaux, mais encore pour la création d'hôpitaux spéciaux pour les maladies contagieuses nettement définies telles que les fièvres éruptives, la diphthérie, etc. Nos voisins d'Outre-Manche, qui sont certainement nos maîtres en matière d'épidémiologie (quoi qu'en dise l'Académie elle-même), ont appliqué sur de larges bases le principe de l'isolement nosocomial.

Il suffira de jeter un coup d'œil sur leur organisation pour trouver les éléments nécessaires à une application immédiate du même système dans notre pays.

---

carnivore, mais bien un frugivore comme les singes ; les dents, es glandes salivaires, le tube digestif, la composition du suc gastrique, etc., sont bien ceux des frugivores. Voici ce que dit l'auteur dans son avant-propos : « Je m'adresse surtout aux médecins et serais heureux si, après m'avoir lu, un certain nombre d'entre eux en arrivaient à partager mes convictions. L'étude, l'observation et l'expérience m'ont démontré que : 1° L'homme peut vivre, se bien porter et se livrer à un travail pénible et suivi, tout en pratiquant le régime de Pythagore ; 2° quel que soit le climat du pays qu'il habite, la force, la sa né et la longévité de l'homme sont en raison inverse de la quantité de viande et de boissons alcooliques qu'il a l'habitude de consommer ; 3° l'homme a tout avantage à adopter comme régime ordinaire ce genre d'alimentation, qui, en aucun cas, s'il est bien réglé, ne peut avoir d'inconvénients. »

Il y a longtemps que les végétariens par nécessité, c'est-à-dire les pauvres gens des villes et des campagnes, nous avaien t démontré qu'on peut se livrer à de rudes travaux tout en ne

REVUE CLINIQUE

NOTE SUR UN CAS DE ROUGEOLE COMPLIQUANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Par ANGUS MACDONALD (1).

Je prends la liberté de lire à la Société la note suivante sur un cas de grossesse et d'accouchement compliqués de rougeole, qui, je l'espère, intéressera quelques-uns des membres de la Société, car c'est là indubitablement une complication rare.

Mme Y., âgée de 26 ans, primipare, qui attendait son accouchement pour le 22 juin 1884, a la mauvaise fortune d'avoir de la rougeole dans sa maison au mois de mai, un petit beau-fils ayant pris la maladie. Elle avait assidument lavé ce patient pendant les deux jours qui précédèrent l'apparition de la rougeole. La dame ne savait pas si elle avait eu elle-même la rougeole. Aussi se retira-t-elle d'abord à un autre étage de la maison et le lendemain dans un appartement éloigné de chez elle d'un mille et demi. Le 5 juin, 15 jours pleins après son départ, elle ressentit des douleurs de gorge, éternuait, et en même temps que ces symptômes le rash rubéolique apparaissait sur la peau. Temp. matin 99°6 ; soir 102°.

Le 6 juin, l'éruption est bien sortie sur tout le corps. Toux légère,

(1) Mémoire lu à l'Edinburgh obst. Society, le 10 décembre 1884.

---

mangeant pas de viande. L'expérience du docteur Pivion, qui a rétabli sous nos yeux sa santé compromise par des fatigues professionnelles exagérées, nous montre que le régime de Pythagore peut, comme tout autre agent thérapeutique, rendre de grands services au médecin qui sait le manier. Mais est-ce un régime favorable à tous et surtout à ceux qui se livrent aux travaux sédentaires, spécialement à ceux de l'esprit ? Je ne sais si l'auteur oserait l'affirmer. Moleschott n'aurait-il pas raison quand il dit : Si les uniformes manifestations de la force des animaux correspondent à leur nourriture uniforme; si l'absence de sensibilité chez eux correspond à la simplicité de leurs principes alimentaires peu nombreux, ne sommes-nous pas forcés par cet enchaînement étroit des causes et des effets de voir en grande partie dans la vie agitée de l'homme, dans ses passions, dans ses actes, dans les nuances innombrables de ses sentiments et de ses pensées la conséquence de la diversité de sa nourriture, de ses assaisonnements et de ses boissons ?

Dr H. CELLARD.

température comme la veille. Pendant la nuit, la malade se plaignit de douleurs dans le bas-ventre. Le 7 juin, à la visite du matin, on trouva le col complètement dilaté, l'orifice externe avait l'étendue d'un shilling, et la tête, recouverte d'une mince couche d'eau, venait appuyer sur lui. Température matin 99°5 soir 102° 2. Dans le cours de la nuit, le travail s'établit tout à fait.

8 juin.— A 5 heures 25 du matin, la patiente accouchait d'une fille vivante. Pendant l'accouchement, elle se plaignit d'un profond sentiment de faiblesse et d'abattement. Le pouls était rapide et petit, un peu de chloroforme lui fut donné pendant la période d'expulsion, qui fut facile et ne dura pas plus de deux heures. Il y eut une légère hémorrhagie post-partum, qui fut arrêtée par l'injection d'ergotine sous la peau avant l'enlèvement du placenta et par des frictions sur l'utérus. Après la délivrance, la température tomba un peu au-dessous de la normale. On lui administra à plusieurs reprises du brandy, après l'accouchement, afin de faire disparaître le sentiment de faiblesse et d'abattement. Dans la soirée la température montait à 100°2. La patiente se remit parfaitement, la température ne remonta plus au-dessus de 100°. Le lait apparut comme d'habitude et les suites de couches se passèrent sans qu'il y eût rien de remarquable à noter. Au bout de la première semaine, on vit apparaître sur l'enfant un rash ponctué très net qui était ou non la rougeole, mais qui ne s'accompagna pas d'élévation de la température, ni d'accélération du pouls.

Après l'exposé magistral et l'analyse savante des cas semblables au précédent, soumis récemment à la Société, par le Dr Underhill, il me semble tout à fait inutile de faire des recherches dans la littérature à ce sujet, d'autant plus que les membres de la Société pourront se reporter à ce travail. Comme les cas de cette espèce sont, cependant, très rares, il est nécessaire que tous les membres qui en observent les rapportent pour le bien général.

On remarquera, d'après le récit que je viens de faire, que ce cas, dans son ensemble, a été très simple et exempt de toute complication. Mais cependant, il est évident que le travail a commencé prématurément du fait de la fièvre, le 22 juin étant la date la plus rapprochée à laquelle, par une analyse soigneuse, nous avions calculé que le travail pouvait commencer ; il survint le 3e jour après l'apparition du rash ; le 7e jour après l'apparition de la fièvre, c'est-à-dire 16 jours avant l'époque présumée de l'accouchement. On remarquera aussi que le double appel fait aux forces de la malade par la fièvre et le travail ont tout particulièrement marqué leur influence en amenant de la dépression. La faiblesse excessive dont s'est plainte la malade et avant et après l'administration du chloroforme est absolument inaccoutumée.

Ayant remarqué la tendance spéciale à l'hémorrhagie déterminée par la rougeole, j'avais préparé de l'ergotine dans une seringue, pour l'employer sitôt la sortie de la tête fœtale. J'avais préparé aussi mon forceps pour le cas où la période d'expulsion se prolongerait d'une façon exagérée et dangereuse. Mais je n'ai pas eu besoin de m'en servir. Il n'y eut

pas d'écoulement de sang avant la naissance de l'enfant, ni aucun signe d'endométrite hémorrnagique ; mais il y eut certainement une certaine tendance à l'hémorrhagie post-partum, qui aurait pu avoir de graves conséquences si on ne l'avait arrêtée au moyen de l'injection d'ergotine. En raison de notre cas et aussi de ceux qui ont été déjà publiés, il ressort pour moi que la rougeole survenant pendant la grossesse n'est pas aussi à craindre qu'on l'a considérée jusqu'à ce jour ; quelques-uns d'entre nous, entraînés par sir James Y. Simpson (et ses élèves forment encore ici une notable partie de la société), se sont formés sur la rougeole dans ses rapports sur la grossesse, des idées trop liées au type du cas qu'il avait l'habitude de nous relater. Ce cas particulier affectait la forme de septicémie intense. Je ne suis pas absolument persuadé que ce cas fût un cas de rougeole, car aucun rash ne se montra, et le témoignage d'un rash rubéolique apparaissant tardivement sur le nerf de l'enfant peut à peine compter pour tel, si l'on considère la fréquence avec laquelle les enfants sont atteints de rash semblables, alors qu'il n'y a aucune possibilité d'infection. Je ne puis absolument pas admettre, à en juger par les deux cas que j'ai observés,que le poison rubéolique tende à agir comme un empoisonnement septique général sur la grossesse et les suites dec ouches:

Il me semble que la rougeole est dangereuse pendantla grossesse et les suites de couches.

1° Parce qu'elle a une indubitable tendance à produire l'avortement.

2° Parce qu'elle ajoute une tendance à l'inflammation pulmonaire.

3° Puis, paree que l'accouchement, s'il survient, se produit alors que la patiente est déjà affaiblie par la fièvre et expose la malade à un nouvel affaiblissement et à l'épuisement.

4° Parce que la rougeole a une tendance indubitable à produire l'endométrite hémorrhagique.

Si, cependant, les complications possibles ne se montrent pas en se développant modérément, si l'accouchement se fait par les efforts naturels ou avec l'aide de l'art, avant que l'état de faiblesse devienne dangereux et quela tendance hémorrhagique ne se montre pas, il ne nous semble pas que la rougeole doive être regardée comme une complication de la grossesse et de l'accouchement qu'il faille tout particulièrement craindre.(*Edinb. med. Journ.* February, 1885).

D[r] A.J. OLIVIER.

DU MEILLEUR MODE DE TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE PURULENTE.

Par le D[r] A. GUINARD.

Le docteur A. Guinard vient d'étudier cette question d'une façon fort remarquable dont nous allons essayer de donner une idée au lecteur, en résumant le points principaux de cet excel-

lent travail. La première question que se pose l'auteur, c'est de savoir ce que devient un épanchement purulent développé dans la cavité pleurale. Il a toujours une tendance à se faire jour au dehors, soit par la paroi thoracique, ce qui est une terminaison détestable qui oblige à faire ce qu'on appelle l'empyème de nécessité, soit par ulcération et par vomique, ce qui n'est pas non plus très favorable, car le malade est exposé à des accidents de septicémie produits par la décomposition putride du pus qui se trouve incessamment au contact de l'air inspiré. Par conséquent, étant donnée une pleurésie purulente, l'indication qui s'impose c'est d'intervenir chirurgicalement.

A quel moment doit-on intervenir ? Le plus tôt possible, dès qu'on a constaté la présence du pus.

Pour faire ce diagnostic d'une façon certaine, il faudra tout simplement faire une ponction avec une seringue de Pravas, après s'être assuré de la solidité de l'aiguille ; si alors, on constate la présence du pus, il faut intervenir *immédiatement et sur l'heure* si c'est possible.

Comment faut-il intervenir ? On a le choix entre différents procédés dans lesquels l'opération se fait sans que l'air puisse pénétrer dans la cavité pleurale ou entre la pleurotomie, c'est-à-dire une opération au cours de laquelle l'air arrive forcément au contact de la plèvre. Parmi les procédés de la première classe nous trouvons : la simple ponction aspiratrice, le siphon de Potain, les thoracentèses répétées suivies ou non d'injections iodées, la ponction avec le trocart et la baudruche de Reylard. le siphon de Potain modifié par Révilliod, etc.

Tous ces procédés comptent des succès à leur actif ; mais la plupart du temps il faut recourir à une pleurotomie largement faite. En effet quand on songe aux paquets de fausses membranes qui doivent être évacués pour amener la guérison, on comprend que celle-ci ne peut être obtenue sans pleurotomie. De plus, il ne faut pas perdre de temps à faire des ponctions, parce que pendant ce temps-là le malade suppure, s'affaiblit, se cachectise, est prédisposé à la tuberculose et se trouve alor dans un état peu favorable au succès de la pleurotomie. Cell ci était redoutée jusqu'à présent non parce que l'on craigna l'action mécanique de l'air sur le poumon, mais bien plut l'action nocive de l'air chargé de germes sur le pus. Il s'agit don

de ne laisser arriver qu'un air absolument privé de germes; c'est ce qu'on obtient en pratiquant la pleurotomie aseptique d'après les préceptes suivants que nous donne M. Guinard:

« On rase avec soin le creux de l'aisselle et on lave toute la région avec une brosse et du savon. Après avoir épongé avec de l'eau phéniquée, après avoir désinfecté tous les instruments, on fait une large incision au niveau du bord supérieur de la sixième côte. Une fois la cavité pleurale ouverte, on y fait passer un courant de liquide désinfecté (acide borique, eau salée, eau bouillie pure) jusqu'à ce qu'il ressorte absolument limpide. Alors, introduisant l'index par la plaie, on cherche à se rendre ompte de l'état de la plèvre et on injecte, suivant les cas, un liquide modificateur plus ou moins actif, solution de sublimé au millième, solution de chlorure de zinc à 3, 4 et même 8 pour cent). Cela fait, on choisit un gros drain long de 5 centimètres environ et on le fixe au ras de la plaie à l'aide d'un fil traversant la peau du voisinage, de crainte qu'il ne tombe dans la cavité pleurale. Puis on fait le pansement de la façon suivante. Le spray n'est pas nécessaire ; mais, avant de placer les huit couches de gaze et le mackintosh, il faut garnir l'extrémité des drains avec de la gaze roulée en forme d'anneau et recouvrir toute la partie avec beaucoup de gaze chiffonnée. Lorsque le mackintosh est bien fixé par-dessus cette masse avec des bandes de gaze, depuis l'aisselle jusqu'au bas du tronc, on recouvre le tout avec de larges plaques de ouate salicylée qu'on applique hermétiquement tout autour du thorax avec de la gutta-percha laminée. Cette dernière est très utile parce qu'elle se moule exactement sur les parties et donne une occlusion parfaite et sûre. Au bout de vingt-quatre heures, on enlève le pansement, on retire le drain, on le lave soigneusement et on remet le pansement en place comme la veille. Quarante-huit heures après, dans tous les cas, on va encore s'assurer que le drain n'est pas bouché et fonctionne régulièrement. Puis on peut laisser le troisième pansement jusqu'à ce qu'il soit traversé ar les liquides. Si vers le huitième ou le dixième jour le drain onnait issue à une sécrétion purulente plus ou moins fétide n serait autorisé à faire de nouveaux lavages, mais, dans ce as-là seulement.

Enfin, peu à peu on diminuera le calibre et la longueur du

drain et on l'enlèvera complètement quand le pansement sera à peine souillé au niveau de la plaie. On se bornera dès lors à mettre sur la plaie un léger pansement de Lister, sous lequel la cicatrisation s'opérera rapidement. Si on avait un pulvérisateur sous la main, on s'en servirait pendant l'opération et les jours suivants au moment des pansements. »

Les résultats de cette méthode sont les suivants :

1. Guérison après un seul lavage de tous les cas qui auraient guéri avec les procédés de douceur, mais c'est l'exception.

2. Dans tous les autres cas, marche plus rapide vers la guérison.

3. Elle abrège la durée de la suppuration et supprime la plus redoutable complication de la maladie, c'est-à-dire la septicémie et l'infection putride. (*Thèse de Paris*. — Coccoz 1884).

Paul Rodet.

DES DIVERSES VARIÉTÉS D'ORCHITES CONSÉCUTIVES AU CATHÉTÉRISME URÉTHRAL

Par le Dr Barette, prosecteur à la Faculté (1).

(*Suite et fin.*)

Examinons maintenant les points intéressants que l'on peut déduire de ces quelques cas.

Les plus jeunes des malades observés avaient 30 et 32 ans, le plus âgé 80. Pour les deux premiers, l'un était atteint d'un rétrécissement blennorrhagique compliqué de brusque rétention d'urine ; l'autre de rétrécissement cicatriciel de l'urèthre. Deux sujets observés avaient 41 et 47 ans ; l'un était un rétréci d'origine blennorrhagique, l'autre un paraplégique. Tous les autres avaient dépassé la soixantaine : 62, 65, 67, 70, 73, 75 ans, tels sont les âges manifestement signalés. Les affections que nous étudions s'observent donc surtout sur des sujets âgés ayant de vieilles affections des voies urinaires.

Les rétrécissements anciens de l'urèthre, l'hypertrophie de la prostate entrent pour une part à peu près égale dans les antécédents morbides locaux de nos sujets ; il y a sept cas d'hypertrophie prostatique contre neuf cas de rétrécissement. Nous

(1) Travail lu à la *Société Médico-pratique*, séance du 13 avril 1885.

relevons, en outre, un cas de pierre et une paraplégie dont la cause n'a pas été signalée.

Dans tous les cas, la rétention d'urine, plus ou moins ancienne, avait obligé les malades à recourir au chirurgien ; presque toujours on signale de la cystite chronique, une fois de l'uréthrite chronique, souvent de la dilatation de la vessie ; il y avait donc souvent des altérations plus ou moins profondes de l'urine. Deux fois seulement, néanmoins, nous trouvons signalée l'odeur ammoniacale, et une fois la surcharge phosphatique. Il serait bon, dans les observations ultérieures que l'on pourra faire, d'étudier avec soin l'état de l'urine au moment où débutent les accidents.

Tous les malades ont subi le cathétérisme uréthral *répété*. Chez sept d'entre eux, les prostatiques, il était quotidien, et purement évacuateur ; chez quatre autres il était encore dilatateur ; un autre avait une bougie dilatatrice à demeure ; trois autres sujets le subissaient comme manœuvre complémentaire de l'uréthrotomie interne ; un seul à la suite de l'uréthrotomie externe. Enfin, un malade avait subi la lithotritie.

Les accidents testiculaires ont débuté dans tous les cas à des époques très variables, tantôt pendant le cours d'un traitement très prolongé; tantôt quelques jours seulement après le début de celui-ci ; puis ils ont évolué avec une acuité et une rapidité diverses pour aboutir ou à la résolution ou à la suppuration. Cette suppuration, même, ne s'est pas toujours faite avec une égale acuité; quelquefois en quatre à cinq jours, l'abcès a été formé ; d'autres fois il a évolué lentement et a duré plusieurs semaines, même plus d'un mois. Il est un fait curieux que nous ne pouvons nous expliquer, mais qu'il est bon de signaler : neuf fois sur nos 18 cas, c'est le testicule gauche qui a été atteint; le droit seulement quatre fois; dans les autres faits, le côté pris n'est point signalé. Un malade a vu ses deux testicules se prendre isolément à un mois d'intervalle.

En considérant la marche clinique de tous ces faits, on peut établir deux grandes variétés d'orchites secondaires au cathétérisme : les orchites *suppuratives* et les *non suppuratives*. Six de nos malades n'ont présenté que la première forme, la plus bénigne, évoluant rapidement, se terminant toujours par résolution ; accomplissant tous ses stades, congestion, gon-

flement douloureux du testicule et des bourses, en une quinzaine de jours. C'est en somme *l'orchite aiguë* simple, vulgaire ; ajoutons que dans presque tous les cas il y avait un peu d'épanchement dans la tunique vaginale et que l'épididyme présenta, encore longtemps après, un noyau d'induration, comme dans l'orchite blennorrhagique.

Douze autres sujets ont présenté les accidents de *l'orchite suppurée*; mais, si dans huit cas la maladie a évolué rapidement, dans les quatre autres elle a suivi une marche lente et subaiguë. Dans chacune de ces sous-variétés, deux fois la mort a été la fin des accidents; donc quatre malades sur seize ont succombé. Nous allons voir dans un instant quelles lésions ont été constatées post-mortem.

Cliniquement, la marche de toutes ces orchites est identique : dans les premières périodes, la tuméfaction, les douleurs se montrent dans tout l'appareil testiculaire ; le cordon, l'épididyme, le testicule proprement dit, la tunique vaginale, les enveloppes, le scrotum sont pris presque à la fois. On ne peut discerner, dans beaucoup de cas, si la douleur sur le trajet du cordon a précédé plus ou moins les phénomènes glandulaires ; l'invasion paraît souvent se faire d'emblée et il faudrait suivre la marche heure par heure pour juger cette question. Quand la suppuration se produit, elle peut se montrer circonscrite à chacun des éléments de tout l'appareil ; ses lésions paraissent suivre la marche ascendante de l'appareil séminal. Dans tous les cas, la tunique vaginale a participé aux accidents et quatre fois, chez des malades qui, d'ailleurs, ont guéri, elle a seule été le siège de la collection purulente. Dans le cas qui nous est personnel, elle a suppuré et en même temps l'albuginée s'est nécrosée, de sorte que le testicule suppurant également s'est éliminé sous forme de fongus. Dans une autre observation, elle adhérait à la glande, et celle-ci se détruisit par un abcès intra-glandulaire.

L'examen nécroscopique des sujets qui ont succombé montre plusieurs faits du plus haut intérêt.

Dans un cas on trouve des *abcès disséminés dans le testicule* ; c'est le sujet de l'obs. 4 (Laugier) qui fut emporté par le choléra ; l'auteur n'a point signalé l'état des voies urinaires.

Chez les trois autres on relève deux ordres d'altérations du

côté de l'appareil séminal; une fois, il y avait une suppuration diffuse du testicule. avec abcès disséminés dans l'épididyme; deux fois l'épididyme seul était le siège des lésions; mais chez les trois sujets le canal déférent était pris, contenait du pus ainsi que les vésicules séminales; même chez un malade des abcès s'observaient le long du cordon.

Chez ce même sujet (Obs. 13) un sac herniaire contigu au cordon avait subi aussi l'influence du voisinage; il avait suppuré et l'inflammation suppurative s'étendant au péritoine avait amené la mort. Il y a là un fait remarquable et utilement comparable aux accidents de retentissement péritonéal signalés dans notre seconde observation.

Le second ordre de lésions est constitué par les altérations anciennes de l'appareil urinifère : dilatation ou étroitesse de la vessie; inflammation plus ou moins profonde de celle-ci; dilatation ascendante des uretères et des bassinets, et quelquefois même pyélonéphrite. On sait que toutes ces lésions, qui se font progressivement chez les vieux urinaires, altèrent le liquide sécrété et mettent tout l'appareil dans un état de prédisposition fatale pour toutes sortes d'accidents inflammatoires, que le traumatisme accidentel ou chirurgical des voies urinaires peut facilement provoquer.

Il nous reste à discuter une question des plus ardues et que nous ne pouvons nous flatter de résoudre avec le peu de matériaux dont nous disposons. Cependant, posons quelques données du problème pathogénique. Tous les auteurs ont, depuis longtemps, fait remarquer que quand les lésions de la blennorrhagie envahissaient la partie profonde de l'urèthre, l'orchite survenait presque fatalement. La région profonde du canal, celle qui contient l'orifice des canaux déférents, jouit donc d'une susceptibilité particulière ; elle sera d'autant plus susceptible qu'elle sera plus altérée; il en est de même pour tous les tissus. Or, l'âge des malades est déjà une cause de susceptibilité, car on a remarqué depuis longtemps que la muqueuse uréthrale des vieillards était plus vasculaire, plus friable que celle des adultes. De plus, l'état morbide produit par l'hypertrophie de la prostate, par un rétrécissement plus ou moins serré, retentit mécaniquement sur cette muqueuse de l'urèthre profond. Elle est donc plus vasculaire, plus friable; c'est un tissu malade que

les traumatismes offenseront d'autant plus facilement qu'il est plus altéré.

Dans toutes les observations que nous avons relevées, les malades subissaient des cathétérismes fréquents; donc l'urèthre postérieur était souvent froissé plus ou moins par le passage de la sonde. Souvent on a noté qu'un peu de sang s'écoulait après un cathétérisme plus douloureux que les autres, et cela immédiatement avant le début de l'orchite; donc la sonde avait érodé la muqueuse friable. Mais quelle liaison peut-on établir entre la blessure ou la contusion répétée de la sonde et l'inflammation testiculaire ?

Il y a longtemps que les nosologistes se sont posé cette question, surtout au point de vue de l'orchite blennorrhagique. Nous ne voulons point ici discuter à nouveau toutes les théories invoquées pour expliquer le fait. Nous ferons remarquer simplement que les idées de métastase ou de sympathie ont fait leur temps, du moins pour ce qui nous occupe aujourd'hui. Nous croyons que la relation entre la blessure de la région où débouchent les canaux éjaculateurs et l'orchite est plus intime, plus anatomique si l'on peut s'exprimer ainsi. Déjà l'idée de la *propagation par continuité de tissus*, admise par Velpeau, Christian Smith, Cullervi et Ronn est un progrès. La douleur, la tuméfaction du cordon se montrant simultanément avec l'orchite sont assez favorables à cette opinion; mais pourquoi le processus inflammatoire s'étend-il de préférence vers les testicules au lieu d'aller aussi bien vers la vessie ? Faut-il admettre, avec Mauriac et M. Desprès, que le gonflement inflammatoire produit à l'entrée des canaux éjaculateurs, empêchant le déversement du liquide séminal, le testicule et l'épididyme puissent s'engorger, d'où l'inflammation ? Mais, outre qu'il n'est pas prouvé que la sécrétion spermatique soit si abondante et si rapide chez de vieux urinaires, les ligatures du canal déférent pratiquées par Brissaud ont montré que l'obstacle au cours du sperme ne pouvait produire d'inflammation notable de la glande séminale.

Il ne nous reste à discuter que deux hypothèses, et le choix devient difficile. M. Reliquet, notre collègue, admet que l'irritation de l'urèthre profond peut se transmettre aux veines du cordon ou aux lymphatiques; mais il ne développe pas cette

idée. Nous nous permettrons de faire remarquer que s'il est vrai que la turgescence veineuse de la muqueuse, si remarquable chez les prostatiques, paraît appuyer l'hypothèse de la phlébite traumatique, les symptômes observés du côté du cordon et des bourses ne sont point ceux de la phlébite ; et quand il y a suppuration, celle-ci se fait non dans les veines, mais bien dans la tunique vaginale et le testicule ou l'épididyme ; et dans les cas mortels on n'a point les abcès métastatiques des phlébites suppurées mortelles. La lymphangite nous paraît plus admissible ; nous allons, en terminant, développer cette idée ; mais auparavant nous devons discuter une théorie très importante et fort intéressante. Quelques chirurgiens admettent que l'orchite que nous étudions est comparable à ce qui se montre dans certaines maladies générales où tous les testicules se prennent quelquefois (variole, oreillons, fièvres palustres) et qu'alors elle n'est qu'une localisation d'une intoxication produite par un agent infectieux introduit dans la circulation par le cathétérisme. L'hypothèse est bien séduisante; nous ne nions pas qu'il ne puisse exister dans l'urine altérée des principes dont l'introduction amène de la fièvre ; mais pourquoi cette localisation monotopique de l'agent infectieux sur le testicule ?

D'autres — le professeur Verneuil en particulier — ont assimilé l'orchite suppurée du cathétérisme à l'abcès de l'infection purulente ; mais bien qu'il y ait parfois une fièvre intense, on n'a point trouvé à l'autopsie de lésions viscérales de pyohémie, et quand cette pyohémie a succédé à des cathétérismes malheureux, les altérations qu'elle produisait se rencontraient dans d'autres organes sans montrer une prédilection marquée pour les testicules.

Le professeur Zugon admet que c'est une manifestation de la fièvre urineuse qui, produisant bien dans les jointures des arthrites plastiques et d'autres suppurations, peut produire les mêmes lésions dans les testicules. Peut-être la vérité est-elle là ?

Cependant, les malades dont nous avons cité les observations ont succombé plutôt aux altérations de l'appareil urinaire en général, sans que l'on ait remarqué sur d'autres points de leur organisme, de lésions dues à l'empoisonnement urineux.

Nous avons donc une tendance à rapporter à la lymphangite

les diverses formes d'orchites que nous étudions. Le réseau lymphatique profond de l'urèthre est lésé, il s'enflamme, la phlegmasie s'étend aux réseaux voisins et spécialement à ceux de l'appareil excréteur du sperme et de là à tout le réseau des lymphatiques de l'appareil séminal. La rapidité ordinaire de l'apparition des symptômes ressemble, en effet, au début de toutes les lymphangites.

On nous objectera peut-être la propagation de la lymphangite en sens opposé du cours normal de la lymphe. Mais ne doit-on pas tenir compte, dans la marche des lymphangites, de la déclivité des parties ?

Cette déclivité fait, en effet, qu'une lymphangite née au niveau du coude peut s'étendre vers la main. Et d'ailleurs le gonflement des bourses, l'œdème de la peau, l'épanchement rapide dans la tunique vaginale, qui est toujours atteinte, ne sont-ils pas encore des caractères des affections lymphangitiques ?

Si nous admettons la lymphangite en principe, nous pouvons avec elle expliquer les diverses formes d'orchite, aiguë simple, suppurative aiguë ou lente ?

En effet, dans les lymphangites ordinaires, les caractères de l'affection tiennent à la nature de la cause ; une lymphangite succède-t-elle à une plaie simple, elle est simple aussi ; succède-t-elle à une plaie contaminée par un agent septique, elle prend des caractères spéciaux.

Enfin, elle évolue différemment vers la résolution ou la suppuration, suivant l'état général des individus qui la supportent. Ces principes peuvent parfaitement s'appliquer à l'interprétation de nos orchites; mais, pour cela, nous sommes convaincu qu'il faut tenir le plus grand compte de l'état des urines et des altérations plus ou moins avancées de l'appareil urinaire. Voici comment ces deux agents peuvent, à notre sens, modifier la marche de la lymphangite. A priori, bien que nous n'en ayons point d'observations présentes à la mémoire, nous admettons que chez un sujet sain, sécrétant une urine normale, une sonde peut blesser l'urèthre profond, une lymphangite simple, bénigne pourra succéder à cette lésion. A plus forte raison, si une sonde blesse une muqueuse, vieille, vasculaire, en imminence morbide pour ainsi dire, mais chez un sujet ayant un bon état général, et rendant des urines normales, on pourra voir évoluer

une lymphangite aiguë, qui se terminera par résolution. Si, au contraire, la sonde fait une érosion dans une muqueuse vasculaire, et si l'urine qui baigne cette plaie est altérée, purulente, ammoniacale, très phosphatique, l'inflammation qui partira de cette plaie revêtira des caractères particuliers et selon la septicité plus ou moins grande de l'urine, la suppuration sera plus ou moins rapide.

D'ailleurs, celle-ci a bien les caractères des suppurations lymphangitiques phlegmoneuses quelquefois elle est *diffuse* et détruit tout le testicule ; or, on sait que les éléments canaliculaires de celui-ci sont contenus dans un très riche réseau d'espaces lymphatiques. Ou bien la vaginale est le siège d'un abcès; or c'est une de ces cavités séreuses dont les connexions avec le réseau lymphatique sont très étroites : et ne voit-on pas la séreuse prérotulienne s'enflammer et suppurer dans certaines lymphangites intenses du membre inférieur ?

Les abcès disséminés, à marche alors ascendante, suivant le trajet normal de la lymphe, ont encore un caractère bien typique. Nous les avons vus, en effet, se former dans l'épididyme ou le long du cordon. Néanmoins la mort n'est jamais le fait de ces lésions locales ; dans tous les cas cités, elle a été due bien plutôt à l'état général, à l'altération ancienne des reins, des uretères ou de la vessie, à une intoxication urineuse qui confirme pour nous le rôle funeste de l'urine sur la pathogénie des lésions testiculaires, en contaminant le point de départ de ces altérations.

Concluons :

1° Les Prostatiques et les Rétrécis arrivés à un certain âge sont exposés aux complications testiculaires du cathétérisme, d'autant plus que leur muqueuse uréthrale est altérée et plus vasculaire.

2° Les orchi-épididymites qui surviennent peuvent se montrer sous deux formes diverses: la forme aiguë simple, non suppurative, et la forme aiguë suppurative.

3° Dans tous les cas nous croyons que le point de départ est une lésion de la muqueuse au niveau ou au voisinage des orifices éjaculateurs.

4° L'inflammation partie de ce point paraît se propager par

les voies lymphatiques de l'appareil séminal et gagner ainsi le testicule et la tunique vaginale.

5° L'état sain ou morbide des urines, les altérations anciennes plus ou moins étendues des voies urinaires paraissent jouer un rôle important dans la forme clinique de ces orchites et faire qu'elles soient simples ou suppurées.

HERPÈS TRAUMATIQUE CONSÉCUTIF AUX OPÉRATIONS ET AUX AFFECTIONS DENTAIRES,

Par M. le Dr Th. David.

RÉSUMÉ

Dans un mémoire lu à l'Académie de Médecine le 9 septembre 1879 (1), nous avons attiré l'attention sur quelques cas d'éruption vésiculeuse qui nous ont paru se rattacher à la variété décrite par M. le professeur Verneuil sous le nom d'herpès traumatique.

En parcourant la littérature, déjà considérable, sur ce sujet. nous n'avons trouvé aucun fait bien observé se rapportant à des lésions quelconques, traumatiques ou autres, de l'appareil dentaire. La seule mention que nous avons pu recueillir à cet égard appartient à de Haen. Cet auteur dit avoir vu un homme qui, jusque-là bien portant, eut après l'avulsion d'une dent de violentes odontalgies suivies d'éruptions sur le front et la face.

Or ce fait, que nous tenons cependant en grande considération, n'est pas présenté avec toute la rigueur scientifique à laquelle nous sommes habitués de nos jours. Nous réclamons donc au moins le mérite de la nouveauté pour les trois cas d'éruption vésiculeuse, consécutive à des opérations sur les dents, que nous avons eu la bonne fortune de rencontrer presque en même temps et qui ont fait le sujet de notre communication à l'Académie. M. le Dr Roux les a rapportés dans sa thèse (2).

Depuis lors nous avons observé plusieurs faits du même genre qui n'ont fait que confirmer les conclusions que nous avons présentées à l'Académie en 1879.

(1) Voir Bulletin de l'Académie de Médecine 1379 (p. 967).

(2) Paul Roux, contribution à l'étude de l'herpès traumatique. Th. de doctorat. Paris 1879.

Symptomatologie. — La description donnée par de Haen est encore assez exacte (1). Nous allons la reproduire en la traduisant : « Il se déclare, dit-il, une fièvre assez souvent intense, accompagnée de douleurs. Déjà dès le 1er, le 2me ou le 3e jour, des macules rouges se montrent dans la partie douloureuse, bientôt grandissantes, très sensibles, semblables à la variole, discrètes le plus souvent, mais plus saillantes, et tantôt se réunissant en un même groupe, tantôt laissant entre elles de grands intervalles.

» Une fois, à Vienne, j'ai eu l'occasion de montrer cette maladie à mes élèves ; elle siégeait sur la face seulement, ce que je n'avais jamais vu jusqu'alors. Un homme souffrant d'odontalgie se fit arracher une dent ; la douleur fut à la vérité apaisée, mais il lui survint ensuite, au milieu du front, une sorte de tubercule, après trois jours de fièvre intense, avec tuméfaction du côté gauche du front, des paupières et de la joue du même côté, puis des pustules semblables à celles qui ont été décrites plus haut, remplissant toutes ces régions, mais ne dépassant que de très peu la ligne médiane de la face ».

Nous avons observé des phénomènes à peu près semblables dans deux cas : dans le premier après l'extraction d'une grosse molaire cariée et atteinte de périostite à répétition ; dans le second, après l'aurification de plusieurs caries non pénétrantes. Il survint un gonflement de la face, avec fièvre, qui fit craindre d'abord une fluxion ; mais il n'en fut rien, et le gonflement diminua peu après l'apparition de vésicules d'herpès.

Nous avons vu les vésicules d'herpès se manifester sous les deux formes décrites par de Haen ; tantôt elles sont très nombreuses, petites et rapprochées les unes des autres (*forme confluente*), on peut en compter 30 ou 40 dans un espace grand comme une pièce de deux francs ; d'autres fois, comme dans notre observation II, elles sont au nombre de 4 ou 5, mais plus larges (*forme discrète*) et écartées l'une de l'autre d'un centimètre environ.

Nous considérons actuellement comme assez fréquente l'éruption d'une et plus souvent de 2 ou 3 vésicules d'herpès sur les lèvres ou sur les parties avoisinantes de la peau.

(1) *De febrium divisionibus, tractatus in ratio medendi.* T.IV. Paris, 1764, p. 91 et 92.

Les circonstances que nous avons le plus souvent remarquées comme causes de cette éruption sont les traumatismes graves sur les dents, tels que résection profonde, forage des racines pour l'application des dents artificielles, aurifications à longues séances, extraction compliquée.

Dans certains cas il y a eu un léger mouvement fébrile, dans d'autres apyrexie complète.

Ajoutons, enfin, qu'une seule fois nous avons observé ces éruptions chez l'homme. Les femmes et les jeunes sujets y seraient plus particulièrement prédiposés.

QUELLE EST LA NATURE DE CETTE AFFECTION ?

L'aspect, la marche des vésicules, leur groupement, leur indolence, suffisent, ce nous semble, à caractériser ici l'herpès.

Mais ce que présente de particulier l'affection cutanée, c'est sa relation intime avec un traumatisme ou une lésion locale antérieure. La lecture des observations nous semble ne devoir laisser subsister aucun doute à cet égard. Comme nous l'avons dit, le genre de traumatisme mis en cause dans les cas précédents a été rarement mentionné par les auteurs. Mais cette lacune doit tenir moins à la rareté du fait qu'au défaut d'observations de ceux qui jusqu'à présent dénués de toute notion médicale, ont pratiqué les opérations dentaires. Tel est du moins l'avis que nous nous sommes fait d'après notre propre expérience. Nous avons également souvent entendu notre maître M. Magitot émettre une opinion semblable.

L'herpès lié à d'autres traumatismes, n'est pas au contraire, un fait nouveau. Tout le monde connaît sur ce sujet les travaux devenus classiques de MM. Charcot, Brown-Séquard, Paget, Weir-Mitchel, Vulpian, Verneuil, etc... Ce dernier auteur en particulier a remarquablement étudié et élucidé la question dans un mémoire auquel emprunteront tous ceux qui désormais voudront en continuer l'étude.

« Le traumatisme, dit-il, est une cause pathogénique générale provoquant l'herpès comme il provoque l'érysipèle, le tétanos ou tout autre accident de plaies. »

Mais quel est le trait-d'union de la dermatose et du traumatisme ? Nous touchons là au cœur de la pathogénie de l'herpès

traumatique. Si nous osons poser cette question, c'est que nos observations bien que se rapportant à des cas spéciaux, nous semblent apporter certains arguments à sa solution.

Avec la plupart des auteurs, M. Verneuil admet que ce trait d'union consiste le plus souvent dans une lésion nerveuse (névrite ou simplement action réflexe morbide produite par le traumatisme) qui amène sur la peau, dans la circonscription du nerf affecté, une altération nutritive à laquelle se rattache immédiatement l'éruption herpétique.

Suivant que l'éruption apparait sur le parcours ou dans le voisinage des nerfs lésés, elle est dite *périphérique* ou de *voisinage*.

Dans un troisième cas où l'herpès apparaît à *distance* des parties atteintes par le traumatisme, on invoque pour l'expliquer ou une action réflexe éloignée ou une altération sanguine, qui auraient leur point de départ dans le traumatisme même.

D'après ces données l'herpès survenu à la partie inférieure (obs. 1) de la joue gauche à la suite de l'avulsion d'une dent serait un fait d'herpès de voisinage. Même interprétation pour l'observation V, VI, VII, VIII. Celui des observations II et IV appartiendrait encore à la même variété si on le rapporte au traumatisme produit sur les dents, ou se rattacherait au contraire à la variété dite périphérique si on le suppose produit par le tiraillement de la joue.

Le troisième fait relatif à un accident de dent de sagesse serait un cas d'herpès périphérique. Le siège de l'éruption se trouve en continuité avec le lambeau gingival lésé.

D'ailleurs, peu importe ce classement s'il ne s'agit que de déterminer la participation plus ou moins directe du système nerveux dans l'étiologie.

Nous croyons qu'une distinction plus impôrtante est à faire; nous croyons même nécessaire de faire intervenir une cause autre que le trouble nerveux pour expliquer la pathogénie de ces vésicules herpétiformes.

Leur apparition peut se rapporter à deux ordres de causes suivant que l'éruption herpétique s'accompagne ou non de fièvre.

Dans le premier cas il nous parait peu admissible que l'éruption soit la conséquence d'un trouble trophique survenu dans

la région à la suite d'une lésion nerveuse produite elle-même par le traumatisme.

Pour les deux faits où la fièvre est survenue, la cause première avait été très différente, et cependant les effets ont été les mêmes, se sont présentés dans les mêmes conditions et avec le même cortège de symptômes. En outre, la rapidité de leur apparition et l'absence de tout trouble de la sensibilité dans les régions envahies viennent confirmer par de nouvelles preuves notre opinion. Au lieu de chercher une cause plus ou moins hypothétique, n'est-il pas préférable d'ajouter foi à une cause réelle, véritable que nous fournit l'état général engendré par le traumatisme?

Jusque-là nous ne sommes point en désaccord avec le professeur Verneuil, car lui aussi reconnait cette influence. Mais l'idée qui nous parait ressortir de son mémoire, c'est que dans ce cas le traumatisme n'est que la cause venant éveiller une prédisposition constitutionnelle, une diathèse latente (herpétisme, névropathie, etc...)

Certainement, dans ces deux faits, on peut invoquer à l'appui de cette idée les antécédents des sujets (tempérament lymphatique, constitution scrofuleuse d'une part, névropathie et arthritisme de l'autre). Mais il est une circonstance qui, à notre avis, doit primer toutes les autres: c'est celle de la *fièvre*.

Nos deux malades, comme celui de de Haen, ont eu pendant deux jours un mouvement fébrile très prononcé qui a cessé à l'apparition de l'herpès. N'est-il pas logique de faire de cette éruption un signe critique de la fièvre et d'admettre une véritable fièvre herpétique, ainsi que l'a proposé notre regretté maître Parrot?

Telle est notre opinion au sujet des deux premiers cas. Nous ne sommes cependant point exclusif et pour certains cas, ceux de la seconde variété, où l'éruption survient sans accompagnement de fièvre, nous tenons pour bonne l'opinion de M. Verneuil expliquant la dermatose à la fois par une influence constitutionnelle et par une modification locale.

C'est du reste ce que prouve bien le résumé de notre troisième observation.

Une demoiselle très nerveuse, manifestement arthritique, avait une dent de sagesse inférieure en voie d'éruption. Cha-

que fois que le lambeau de gencive recouvrant la dent venait à être contusionné et enflammé, toute la face externe du bord gingival correspondant se couvrait d'une éruption vésiculeuse.

Ces éruptions n'ont cessé de reparaître qu'après la destruction du lambeau gingival.

Cette observation se rapproche assez d'un fait présenté au congrès de Rouen (1883) par M. le Dr Deshayes, et où il s'agissait d'un zona de la 5e paire avec vésicules d'herpès sur la muqueuse buccale, linguale et gingivale, correspondante aux incisives, à la canine et aux prémolaires droites......

La nature nerveuse de l'éruption nous a été encore démontrée récemment dans un cas où à la suite d'une carie pénétrante d'une molaire inférieure, il est survenu un groupe de vésicules d'herpès grand comme une pièce d'un franc auprès du menton, juste sur le trajet du nerf dentaire inférieur après sa sortie du trou mentonnier.

L'observation V est absolument analogue à ce fait. L'observation VIII pourrait à la rigueur faire admettre comme cause de l'herpès périphérique qu'elle relate, le tiraillement mécanique de la joue ; mais cette cause a-t-elle agi directement ou par l'intermédiaire d'un trouble trophique ?.....

L'apparition de l'herpès à la suite des opérations dentaires n'est pas seulement intéressante au point de vue de la pathologie pure ; elle l'est encore au point de vue de la pratique. Nous avons vu, en effet, que dans nos deux premières observations elles ont d'abord causé d'assez vives inquiétudes à nos malades et à nous-même, en nous faisant craindre l'apparition soit d'une fluxion, soit d'un érysipèle.

L'invasion de la fièvre, le gonflement de la joue, font penser à une fluxion ; la rougeur vive qui précède l'éruption, à un érysipèle ; heureusement, comme le dit M. Verneuil, l'alerte est de courte durée et l'orage se calme de lui-même.

L'examen de la région suffit pour faire éloigner l'idée de la fluxion ; il n'y a pas de gonflement de la gencive correspondante aux dents malades, pas de douleur exagérée au toucher, ni aucun des signes qui indiquent la périostite alvéolaire.

La crainte d'un érysipèle est vite écartée parce que la rougeur qui occupe la joue ne s'étend pas plus loin une fois qu'elle

a envahi celle-ci, et l'éruption des vésicules vient ensuite indiquer nettement la nature de l'affection.

Disons enfin que si les vésicules pouvaient faire croire à un zona ordinaire, l'herpès que nous avons observé en diffère par l'indolencede la peau, qui revient à sa sensibilité normale après la dessiccation des vésicules et la chute des croûtes, et que jamais nous n'avons constaté ces douleurs brûlantes qui font de l'herpès zoster une véritable torture.....

Le pronostic, d'après nos observations, n'a aucune gravité; après quelques jours l'éruption disparait d'elle même, il ne reste que de la gêne et une légère défectuosité constituée par la trace des vésicules. Ces inconvénients ne présentent quelque ennui, que chez les femmes à cause de leur siège à la face.

Le traitement est, comme nous l'avons vu, des plus simples : on peut percer les vésicules avec une petite épingle, ce qui a pour effet de diminuer les douleurs, d'ailleurs légères, en faisant cesser la tension produite par le liquide intra-vésiculaire et activer la dessication.

Mais nous jugeons cette intervention peu utile et nous préférons tout simplement enduire la région de glycérine et la recouvrir ensuite de poudre d'amidon.

Lorsqu'il y a de la fièvre, qu'accompagne en général un peu d'embarras gastrique et de constipation, il est indiqué de donner un purgatif.

Conclusions. — 1° Il survient parfois, plus particulièrement chez la femme et les jeunes sujets, à la suite d'opérations sur les dents, ou d'affections de l'appareil dentaire, une éruption de vésicules d'herpès, soit sur les muqueuses gingivale, génale et labiale, soit sur la peau de la face.

2° L'éruption est confluente ou discrète.

3° Elle est tantôt accompagnée de fièvre, tantôt exempte de tout phénomène fébrile.

Dans le premier cas, c'est une sorte d'*herpes febrilis* ou mieux une manifestation locale de la fièvre herpétique (Parrot), manifestation déterminée par la lésion de l'appareil dentaire.

Dans le second cas, c'est une éruption qu'il faut rattacher à des troubles nerveux (Verneuil) que déterminent les opérations ou les lésions dentaires, le tiraillement de la commissure buc-

cale, par retentissement sur les nerfs cutanés et muqueux de la face.

4° Cette variété d'herpès traumatique, quand elle est accompagnée de fièvre, de gonflement de la face, avec rougeur de la peau, peut faire songer à une fluxion ou à un érysipèle.

5° Cette affection est sans gravité et disparaît en quelques jours.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE

Invagination intestinale de cause rhumatismale. — M. le docteur A. J. Miles soumet à la Société médicale de Cincinnati l'observation suivante, avec les pièces anatomiques : « Un écolier de six ans, bel enfant quoique délicat, était atteint de rhumatisme articulaire aigu. Lorsque le docteur Miles fut appelé auprès de lui, l'affection occupait la main droite, les articulations des doigts et le poignet. Le premier jour, les douleurs quittèrent les points primitivement envahis et passèrent au bras et à l'épaule du même côté. Le jour suivant, l'épaule et le bras gauche devinrent douloureux, en même temps que le mieux se prononçait à droite. Le troisième jour, la poitrine fut prise, surtout à la région du cœur ; il y eut des palpitations paroxystiques, et les souffrances étaient si atroces que les assistants considéraient la mort comme imminente.

Lorsque le docteur vit le patient ce jour-là, le calme était un peu revenu, bien que la douleur fût encore grande. Le lendemain le malade était notablement mieux, mais le cinquième jour, il survint une douleur vive dans les intestins, principalement à la région iliaque droite. Il se produisit là une distension gazeuse ; puis, bientôt après on put constater un empâtement localisé.

Les selles, jusque-là, avaient été régulières ; elles étaient même un peu trop faciles à la suite d'un cathartique administré par la mère du malade. Dans l'après-midi et la soirée de ce cinquième jour, la douleur abdominale devint extrême, et l'on pensa qu'il y avait obstruction intestinale. On poussa par le

rectum, au moyen d'un long tube en caoutchouc, une injection qui ne produisit aucun effet et ne fut pas suivie de soulagement.

Comme on craignait une péritonite générale on donna à l'enfant de larges doses d'opium qui le calmèrent. Mais le sixième jour, il tomba soudainement en syncope et mourut.

L'examen révéla, à l'autopsie, une invagination intestinale. Le cœur et tous les autres organes étaient à l'état normal.

M. le docteur Miles fait remarquer que, dans ce cas, il n'y eut aucun trouble, du côté des entrailles, pendant tout le temps que le rhumatisme occupa les deux bras et le cœur, et que la douleur atroce qui saisit les intestins eut un début brusque. Il est probable, — et pour M. le docteur Miles, cela est certain, — que l'invagination était due à la contraction des muscles circulaires des parois intestinales ; et que cette contraction elle-même, comme celle du cœur, également douloureuse, était sous l'influence du rhumatisme.

Cette observation, ajoute l'auteur, est unique et offre un grand intérêt, car, autant qu'il a pu s'en assurer, une semblable cause d'invagination n'avait jamais été signalée. — (*The Cincinnati Lancet and clinic.*)

HEMMEL.

De la présence du sucre dans l'urine d'individus sains après l'ingestion des hydrocarbures. — Le Dr WORMS MULLER communique dans le 16e volume du *Nordiskt Medicinskt Archiv* de l'année 1884 le résultat d'expériences qu'il a entreprises pour déterminer l'influence de l'ingestion des hydrocarbures sur la présence du sucre dans l'urine d'individus sains. Dans ce but, il a fait ingérer par des étudiants bien portants, de cinq à quinze minutes après le repas, de l'amidon cuit, du sucre de canne, du sucre de lait, du glucose et du nidel. L'ingestion de l'amidon n'a pas été suivie de traces de sucre dans l'urine. Après celle du sucre de canne on retrouva du sucre de canne et non du glucose ou de la lévulose. Le sucre de lait et le glucose ont paru dans l'urine. Dans une expérience, après l'ingestion de trois onces de glucose, on n'a pu retrouver de traces dans l'urine. Après l'ingestion du nidel, on a trouvé du glucose et peu de trace de lévulose. On a de la sorte des raisons de douter que la lévulose soit excrétée par les reins de per-

sonne saines après son ingestion. L'auteur fait remarquer que les résultats ont une importance pratique en ce qui concerne la théorie de la glycosurie et du diabète. (*Médical Record*, 17 janvier 1885.)

Dr Yvon.

Spasme des muscles respiratoires. — Le malade observé par Riegel était un jeune garçon de 14 ans qui était tombé à l'eau en hiver. 14 jours après l'accident, on observa quelques troubles dans sa respiration c'est-à-dire une expiration courte fréquente, spasmodique, ne suivant pas l'inspiration, mais prenant place entre l'expiration et l'inspiration. Après ces efforts spasmodiques expiratoires, il y avait habituellement un intervalle de 20 à 30 secondes. Le changement dans le rhythme respiratoire n'était pas influencé par une pression exercée sur le nerf phrénique ou le nerf vague au niveau du cou. Il y avait déjà plus d'un an que le malade était dans cet état quand Riegel le vit. Il était difficile de savoir si ces phénomènes étaient dus au froid ou s'ils étaient un effet réflexe d'une autre condition morbide. La conclusion fut que ces spasmes respiratoires étaient un des traits d'une névrose, probablement de l'hystérie. Cette conclusion fut corroborée par le résultat du traitement qui consista purement en engageant le malade à respirer lentement et méthodiquement, ce qui amena une suspension complète des spasmes. Une application de courants faradiques compléta le traitement. Leyden a eu des cas analogues, et l'auteur fait remarquer qu'ils fournissent une contribution à l'étude des manifestations polymorphes de l'hystérie dans l'enfance. (*Arch. f. Kenderh*, et *Archives of Pediatrics*, B. V., H. 9 et 10. novembre 1884.)

G. Yvon.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les Bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologique des maladies infectieuses, tel est le titre du nouvel ouvrage du professeur Cornil et de M. Babès, ouvrage d'un intérêt actuel puissant, et s'il est périlleux de publier aujourd'hui un livre sur l'ensemble des connais-

sances en bactériologie médicale, c'est un péril dont ils sont sortis avec gloire et grand profit pour ceux qui les lisent aujourd'hui et pour ceux qui les liront plus tard.

Malgré la modestie des auteurs on sent qu'ils ont, les premiers, établi les fondements d'une science nouvelle qui intéresse tous les savants et les médecins en particulier.

La recherche des causes des maladies, disent-ils, l'application à la pathologie des résultats fournis par l'étude des bacteries ont donné lieu à une infinité de travaux.

Dans la grande quantité de mémoires publiés depuis une douzaine d'années sur ces micro-organismes, il est nombre de documents que l'éminent professeur M. Cornil n'hésite pas à négliger ou à déclarer mauvais ; il en fait par avance toutes ses excuses à leurs auteurs. En réalité, on doit mettre là de côté tout amour-propre, car dans une science qui est d'origine si récente, il est naturel que beaucoup et des meilleurs se soient trompés. Il est permis aux explorateurs de pays inconnus de faire parfois fausse route. Ils n'en sont pas moins des initiateurs précieux dont les erreurs profitent quelquefois à la science autant que de véritables découvertes.

Les auteurs se sont efforcés de choisir les travaux les plus sérieux pour leur servir de base, en critiquant librement ce qui leur paraissait douteux ou inexact, en mettant un peu d'ordre dans une littérature déjà encombrée, en apportant dans beaucoup de questions le résultat de leurs recherches personnelles.

Malgré tous ses desideratas, malgré toutes ses lacunes la bactériologie est en réalité une science à part, car elle possède ses méthodes, sa technique spéciale qui sont d'une exactitude rigoureuse, grâce aux découvertes de Pasteur et de Koch. A l'aide de ces méthodes, on a réussi déjà à élucider d'une façon complète l'étiologie et la pathologie de plusieurs maladies des animaux et de l'homme et chaque année voit éclore de nouvelles découvertes.

Le livre de MM. Cornil et Babès comprend tout l'ensemble de cette science et de ses applications à la pathologie et à l'hygiène. Il sera utile à tous ceux qui veulent se tenir au courant de ce qu'on connaît aujourd'hui sur cette question et il leur épargnera de bien longues recherches.

C'est le premier essai d'une monographie suffisamment détaillée sur ce sujet, d'un manuel de bactériologie aussi complet qu'il peut être en ce mois de mai 1885.

Les auteurs ont consacré la première partie aux généralités et aux méthodes, la seconde à l'étude particulière des maladies bactériennes ou réputées telles

Ils se sont attachés dans les chapitres de la première partie, dans la plupart de ceux de la seconde et dans l'appendice à exposer la technique, les manipulations, tout ce qui est nécessaire, en un mot, pour que le lecteur puisse entreprendre seul et mener à bonne fin les recherches de bactériologie. Les dessins intercalés dans le texte et les planches complètent leur description.

Dans ce volume, déjà bon nombre d'applications à l'hygiène, à la prophylaxie et à la thérapeutique ressortent d'une manière triomphante. Espérons que les auteurs ne s'en tiendront pas là et que bientôt ils feront paraître un nouveau volume plus riche encore en applications thérapeutiques, car la science marche vite de nos jours et nous verrons bientôt, grâce à des travaux aussi consciencieux, l'art de guérir faire des progrès importants et diminuer le nombre si grand des victimes que les maladies infectieuses font de nos jours dans l'humanité.

H. Bergeron.

Nous nous proposons, dans un prochain numéro, de faire paraître une analyse plus détaillée de ce remarquable ouvrage aussi nécessaire au praticien qu'à l'érudit.

FORMULAIRE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

—

Le **pityriasis versicolor**, ou parasitaire, parce qu'il est occasionné par la présence dans les lameller épidermiques du *mycrosporon furfur*, cède souvent au seul emploi des bains sulfureux répétés tous les jours pendant 3 ou 4 semaines, et à des onctions faites, matin et soir, avec la pommade soufrée.

On peut recourir aussi à la pommade oxygénée du codex, ou mieux encore, à une pommade renfermant 20 gouttes d'acide nitrique pour 50 grammes d'axonge.

On a également conseillé les lotions avec une solution de sublimé au millième, et même les bains de sublimé préparés en ajoutant à un

bain ordinaire, 10 grammes de bichlorure de mercure dissous dans l'alcool.

Les eaux de Bagnères, de Luchon, de Dax ou d'Aix-la-Chapelle, peuvent être avantageusement employées. (*Union médicale.*)

Aux personnes débilitées, on prescrira une médication tonique et une bonne hygiène.

—

Sur l'odeur du valérianate d'ammoniaque.

(R. Rother.)

L'auteur propose un moyen simple de remédier au goût et à l'odeur désagréables du valérianate d'ammoniaque. Il suffit d'ajouter à la solution de valérianate (*les Américains emploient ce sel sous forme d'élixir*) une quantité de borate de soude un peu supérieure à celle du sel cristallisé. En laissant la solution s'évaporer à l'air libre, on peut même obtenir des cristaux du nouveau produit qui, d'après R. Rother, serait un mélange de valérianate de soude, de borate d'ammoniaque et d'acide libre. Ce produit a perdu tout caractère valérianique et possède un goût faiblement salin, tout en ayant conservé les propriétés thérapeutiques du valérianate d'ammoniaque.

(*American Journal of Pharmacy*, 4e *série*, XIV, 1884, 313, et *Schweizerische Wochenschrift für Pharmacie*, XXII, 1884, 241.)

—

Extrait de fougère mâle.

(Kraemer.)

L'auteur prépare un extrait de fougère mâle très actif, par le procédé suivant : en mai ou en octobre, on récolte la fougère mâle; on la débarrasse de ses écailles, on la divise en petits fragments et on l'épuise, encore à l'état frais, par l'éther et par une très petite quantité d'alcool. Le produit est conservé, sous forme de teinture ethérée, dans un endroit frais. Au fur et à mesure du besoin, on évapore une quantité suffisante de cette teinture pour obtenir l'extrait. Les essais effectués par les médecins avec cette préparation ont donné les meilleurs résultats.

(*Wiener med. Blatt* ; *Pharm. Centralhalle*, XXV, 578, et *Pharm. Zeitschrift fur Russland*, XXIII, 1884, 798.)

Roymond.



VARIÉTÉS

—

CRÉATION D'UN SANATORIUM POUR LES ENFANTS A ST-RAPHAEL.

Notre collègue et ami le Dr Réné Serrand (de Luchon) nous envoie la note suivante qui a été présentée au Conseil général du Var par le Dr Girard, de Draguignan. Il s'agit d'un projet qui aura certainement l'approbation de tous les médecins qui s'intéressent à l'hygiène publique.

Au milieu des préoccupations que peuvent fait naître à l'heure actuelle les intérêts généraux du pays, nous ne croyons pas trop demander à l'esprit public, dans notre région, que d'envisager, ne serait-ce qu'un instant, une question d'hygiène thérapeutique de la plus haute importance, d'un caractère essentiellement humanitaire et d'une portée presque sociale. Elle se pose chaque année à pareille époque avec une persistante opportunité ; puis, restée sans examen et sans solution, elle demeure comme un idéal ou une conception difficilement réalisable. Disons-le tout de suite, il s'agit de la vulgarisation de l'hydrothérapie et de l'aérothérapie maritimes, de leur application aux classes indigentes de la société.

Il n'est pas de médecin qui, à l'approche de la belle saison, ne se sente heureux de pouvoir ajouter à ses ressources thérapeutiques l'influence de l'air et des bains de mer. C'est que l'action puissamment modificatrice de ces deux agents est, depuis longtemps, un fait incontestable auquel nous devons les plus étonnantes guérisons. Puisque le bienfait est si grand, le moyen si précieux, puisque celui-ci est tant à notre portée et du domaine commun, est-il admissible que quelqu'un puisse en être privé pour une autre raison qu'une impossibilité matérielle ou un obstacle insurmontable ! Et pourtant rien n'est plus tristement vrai.

Il est nombre d'enfants et d'adultes, usés par le lymphatisme ou la scrofule, minés par des désorganisations lentes, dont l'état réclame, après la pharmacie impuissante, la vigoureuse réaction qu'une médication saline et bromurée peut seule imprimer à leur constitution profondément appauvrie. En fait de maladies oculaires, ne sommes-nous pas tous les jours en présence de lésions cornéennes, qui, se succédant avec une désespérante ténacité sous l'impulsion d'un vice humoral, altèrent de plus en plus la transparence du miroir oculaire et laissent après elles des opacités indélébiles, quand ce n'est pas une irrémédiable cécité ? Dans ces cas divers, le séjour à la mer est le salut. Mais il est onéreux, et l'indigent doit le plus souvent y renoncer faute de ressources. Quel parti voulez-vous que prenne une mère en présence de cette nécessité ? Pour suivre et soigner son enfant, elle abandonnera momentanément son métier, son gagne-pain, et, avec de faibles économies — quand elle est arrivée à les faire — il faudra se procurer nourriture pour un second ménage, logement, somme destinée au voyage, etc... Si, à force de sacrifices, de privations de toutes sortes, elle peut accomplir son devoir maternel, ce sera pour rentrer au domicile les mains vides, incapable de suffire aux dépenses de la vie ordinaire, encore moins à des frais imprévus.

Nos départements méridionaux ont-ils fait quelque chose pour résoudre ce problème d'assistance publique ? Je ne le sache pas. Il n'existe pas encore d'hospice régional de bains de mer, c'est-à-dire un établissement d'indigents, exclusivement consacré à l'aérothérapie et à la balnéothérapie maritimes, présentant les meilleures conditions qui peuvent réaliser ce double caractère. Il le faudrait à distance des cités populeuses, où règnent souvent des causes d'insalubrité, qui infectent par leurs égouts les eaux de certaines plages. L'espace est indispensable autour d'un *sanatorium* de ce genre, et même le voisinage immédiat d'une forêt. Alors les évaporations résineuses se mêlent aux distillations salines incessantes, pour constituer une atmosphère pure, stimulante, bien capable d'accélérer le mouvement nutritif et de déterminer dans l'organisme les plus heureuses substitutions. Il n'est pas jusqu'au spectacle grandiose de la mer immense, tantôt calme, tantôt troublée, qui n'apporte sa part

de relèvement au sein de ces constitutions physiques et morales si affaissées.

Mais s'il faut attendre encore trop longtemps, dans le Var, un établissement de ce genre, uniquement créé en vue des besoins que nous signalons, ne pourrait-on pas dès à présent bénéficier des fondations que les localités méditerranéennes ont dû ou devront s'imposer pour faire face aux nécessités de la santé publique ? Saint-Raphaël semble, sous ce rapport, admirablement placé pour répondre à ce désir. Nous savons qu'un des projets de l'administration dans cette commune est la construction prochaine d'un hôpital en rapport avec les exigences actuelles et futures de l'assistance médicale de la ville. Pourquoi le plan de cet etablissement ne serait-il pas conçu encore plus largement ? Pourquoi ne le serait-il pas en vue du caractère régional que tout le monde serait heureux de lui reconnaître ? Pour cela une entente devrait dès à présent se produire entre l'édilité locale et le département. Ce dernier aurait le devoir de subventionner le projet, à la charge pour l'hospice futur de recevoir les indigents de toute commune, munis d'une autori sation préfectorale délivrée sur certificat de médecin comme la chose s'est pratiquée longtemps pour les eaux de Gréoulx, et moyennant une allocation minime, individuelle, prise sur les fonds généraux de secours.

Nous voyons d'ici nos petits anémiques, scrofuleux, confiés par leurs parents à une administration hospitalière et à des sœurs de charité, exercées à la pratique du plus complet dévoûment, conduits à la mer tous les jours, surveillés et soignés avec la sollicitude la plus maternelle, installés dans un établissement vaste, aéré, où sont réunies les meilleures conditions de la vie physique et morale, remis enfin à une mère, qui aura pu ainsi rester fidèle à ses devoirs d'intérieur et remplir ceux que lui imposait la santé de son enfant.

Ecole de médecine d'Angers. — MM. Gripart, suppléant d'anatomie, et Motais, chef des travaux anatomiques, sont prorogés dans leurs fonctions jusqu'au 1er août 1886.

Sénat.— M. le Dr Sébire a été élu dimanche dernier, au second tour de scrutin, sénateur du département de la Manche.

— M. Michelin, conseiller municipal, est nommé membre du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris, en remplacement de M. le docteur Georges Martin, qui a cessé de faire partie du Conseil municipal.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Wilbien, externe à l'hôpital des Enfants-Malades, décédé le 8 juin, à la suite d'une diphthérie contractée dans son service.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Redard qui a succombé, au cours d'une excursion sur la crête du Jura, près du fort de l'Ecluse.

— Le rapport officiel du ministre de l'intérieur du royaume d'Italie nous fournit les renseignements intéressants qui suivent sur l'épidémie cholérique en 1884 : Pendant le cours de l'année dernière, 868 communes, représentant une population de 5,771,000 habitants, ont été atteintes. Il y a eu dans ces communes 25,587 cas, soit 4,43 cas pour 1,000 habitants, et 14,198 décès ou 55,88 décès sur 100 cas. De toutes les provinces du royaume, la province de Naples tient le premier rang avec 15,927 cas et 7,968 décès pour une population de 945,000 habitants, tandis que la province de Rome n'a eu que 13 cas et 6 décès.

Erratum.— Page 831, ligne 43e, au lieu de *rationnels* lisez *sensibles*.



REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 Juin 1885. — Présidence de M. Jules BERGERON.

M. Gueneau de Mussy. — M. LE PRÉSIDENT annonce que l'Académie presque tout entière a assisté aux obsèques de M. Gueneau de Mussy. Il serait regrettable qu'il ne restât pas au moins dans le Bulletin de l'Académie une notice retraçant la vie exemplaire et les mérites du défunt. M. le président propose pour rédiger cette notice, l'un des élèves les plus distingués et les plus aimés du maître, M. Féréol.

M. FÉRÉOL accepte cette mission et fera ses efforts pour ne pas rester au-dessous de la confiance que vient de lui témoigner l'Académie.

Election — L'Académie procède à l'élection d'un correspondant national dans la première division. Au premier tour de scrutin, M. Feltz est élu par 45 suffrages.

ERYSIPÈLE ET ANTISEPSIE. — M. VERNEUIL veut terminer cette discussion et répondre aux objections qui lui ont été faites ; à vrai dire, on ne lui a pas apporté d'objection sérieuse. Tout le monde, en effet, s'est accordé à considérer l'érysipèle comme moins fréquent et moins grave qu'autrefois.

Quatre vingt-dix-huit fois sur cent, M. Verneuil emploie comme antiseptique l'acide phénique, mais les mêmes résultats ont été obtenus avec d'autres pansements, comme le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin, quoique celui-ci ne puisse faire qu'une antisepsie locale, tandis que les antiseptiques ordinaires, par leur diffusion dans l'atmosphère, procurent une antisepsie beaucoup plus étendue.

M. ALPH. GUÉRIN. M. Verneuil demandait tout à l'heure ce que nous faisions des érysipèles de la ville qui demandaient à entrer dans nos services. Eh bien, ces érysipèles, je les acceptais dans mes salles pour démontrer que les malades pansés par ma méthode ne peuvent pas contracter l'érysipèle.

M. Polaillon emploie diverses méthodes de pansement, la mienne en particulier ; il a constaté qu'aucun des malades qui sont morts d'érysipèle n'avait été pansé par ma méthode.

Le pansement ouaté a la valeur d'une expérience de laboratoire en filtrant l'air par l'ouate de son pansement. M. Guérin s'opposait à l'arrivée des microbes et faisait ainsi disparaître l'érysipèle, qui avant cela était assez commun dans ses salles.

M. VERNEUIL. Le pansement de M. Alph. Guérin n'est pas applicable dans tous les cas, par exemple, dans les ablations du maxillaire inférieur.

M. Verneuil cite un malade qui avait au bras une fracture avec plaie et qui a été pansé par l'ouate. Cet homme a fait un érysipèle de la face ; il ne peut donc y avoir de cette manière d'antisepsie absolue.

M. ALPH. GUÉRIN. L'observation de M. Verneuil montre l'excellence de mon pansement. En effet, l'homme dont il parle était absolument prédisposé à l'érysipèle, puisqu'il l'a eu, mais il ne l'a

pas eu là où il devait l'avoir, au niveau de la plaie, parce que mon pansement était appliqué.

M. Trélat pense qu'il n'y a aucune différence entre les divers microbes, au point de vue de l'antisepsie. Tous les orateurs sont d'accord quant au fond ; il n'y a de discussion que sur l'interprétation de quelques faits de détail.

Prix proposés pour l'année 1885 : Prix de l'Académie. Question : des corps étrangers dans les articulations. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs. — Prix Portal. Question : Des causes et de la nature de l'angine de poitrine. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs. — Prix Civrieux. Question : De l'hémichorée et de ses rapports avec les affections cérébrales. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs. — Prix Capuron. Question : Altérations du placenta ; leur influence sur l'état du fœtus. Applications médico-légales. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs. — Prix Barbier. Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert « des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus. » (Extrait du testament.) Des encouragements peuvent être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés. Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.— Prix Godard. Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie externe. Il sera de la valeur de 1,000 francs. — Prix Desportes. Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pourront, en outre, être accordées à l'auteur ou aux auteurs d'ouvrages de même nature. Il sera de la valeur de 1,500 francs. — Prix Buignet. Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 francs, sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimées ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3.000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1,500 chacun. — Prix Daudet. Question : De l'actinomycose. « Les auteurs devront présenter des observations originales recueillies en France. » Ce prix sera de la valeur de 1,000. — Prix Vernois. Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène. Il sera de la valeur de 800 francs. — Prix Amussat. Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Il sera de la valeur de 1,000 francs.— Prix Itard. Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'il aient au moins deux ans de publication. La valeur de ce prix sera de 3,000 francs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 *juin* 1885. — Présidence de M. Horteloup.

Obstruction intestinale ; laparotomie. — M. Gillette à l'occasion de la communication faite par M. Cruveilhier, dans la dernière séance, relativement à un cas d'obstruction intestinale déterminée par un calcul biliaire, cite plusieurs faits analogues. Il se rappelle lui-même, étant élève de Michon, avoir observé une femme de soixante ans, atteinte d'une hernie crurale droite, réductible, et présentant cependant tous les symptômes d'un étranglement interne. M. Michon attendit trois jours sans intervenir et cette femme rendit par l'intestin une véritable grêle de calculs biliaires. M. Gillette regrette que, dans le cas de M. Cruveilhier, on n'ait pas pratiqué la laparotomie qui aurait pu sauver la malade.

M. Cruveilhier rappelle qu'il s'agissait d'une erreur de diagnostic qui a été commise par trois chirurgiens des hôpitaux et qu'il était à peu près impossible de ne pas commettre.

Enchondrome. — M. Verneuil présente un nouveau cas d'enchondrome du maxillaire supérieur qui présente ceci de particulier qu'on y a trouvé un petit séquestre central.

Nature et étiologie de la fièvre urineuse. — M. Polaillon fait un rapport sur un travail de M. Ferey (de Meaux) ayant trait à la nature et à l'étiologie, dans certains cas, de la fièvre dite urineuse. Pour M. Ferey, cette fièvre urineuse n'est autre chose, dans ces cas, qu'un retour de la fièvre palustre après des opérations pratiquées sur les voies urinaires. Il cite plusieurs exemples dans lesquels il s'agit de malade ayant eu autrefois des fièvres palustres et qui, après certaines opérations telles que la circoncision, l'uréthrotomie interne, etc., furent repris d'accidents fébriles qu'on n'aurait pas manqué de caractériser de fièvre urineuse et qui n'étaient autre chose qu'un retour de la fièvre palustre. Dans ces cas, d'ailleurs, le sulfate de quinine a eu facilement raison de ces accidents, ce qui est une preuve de plus de leur nature paludéenne. M. Polaillon approuve complètement cette manière de voir.

Suppléance du nerf médian par le nerf cubital. — M. Polaillon fait également un rapport sur une autre communication de M. Ferey, dans laquelle il s'agit d'une plaie par arrachement du coude ayant déterminé la destruction d'une partie du nerf médian. Or, dans ce cas, le nerf cubital suppléa complètement le nerf médian.

M. Marc Sée, relativement à la première communication de M. Ferey, fait observer que ces cas de fièvre palustre récidivant après des opérations sur les vois urinaires sont des cas rares et qu'il y en a bien dans lesquels il s'agit véritablement de fièvre urineuse, sans aucun antécédent palustre.

M. Polaillon rappelle que M. Ferey a bien spécifié que ces faits s'observaient dans certains cas et non pas dans tous les cas.

M. Verneuil a lui-même plusieurs fois appelé l'attention sur les difficultés de distinguer, dans certains cas, un rappel de fièvres intermittentes de la véritable fièvre rénale. L'exploration des urines, la douleur au niveau de la région rénale, dans les cas de néphrite, permettent cependant, le plus souvent, de faire ce diagnostic.

Thyroïdectomie. — M. Lagrange (de Bordeaux) lit une observation de thyroïdectomie qu'il a pratiquée selon le procédé de Julliard et qui a été suivie d'un plein succès. (Comm. : MM. Bouilly, Périer et Berger.)

Néphrectomie. — M. Bertaud présente, de la part de M. Le Dentu, le malade auquel celui-ci a pratiqué, il y a deux mois, la néphrectomie pour un calcul volumineux et dont il a rapporté l'observation à l'Académie. (Voy. *Gaz. des hôpitaux*, p. 262.) La cicatrice est aujourd'hui complète; il n'y a pas trace de fistule. Ce malade a eu un peu de suppuration pendant deux mois, à cause des fils.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 21 *mai* 1885. — Présidence de M. Delthil.

M. le Secrétaire général procède au dépouillement de la correspondance qui comprend, avec les publications périodiques ordinaires :

Les bulletins de la Société Centrale de médecine vétérinaire (compte rendu confié à M. Weber).

Une lettre de M. le Ministre de l'Instruction Publique demandant à la Société de donner son avis sur les questions qu'elle juge devoir être traitées avec intérêt au Congrès des Sociétés savantes à la Sorbonne.

M. le Secrétaire général rappelle que la Société s'était déjà prononcée pour la *diphthérie*.

M. Gillet de Grandmont annonce que l'Académie a décerné des prix à MM. Delthil, Campardon, Régnier. Cette nouvelle est accueillie par la Société avec la plus vive sympathie.

M. le Secrétaire général annonce également que l'impression du *Guide du voyageur dans l'Afrique centrale* est complètement terminée.

Un tour de faveur est accordé à M. le Dr Petit, médecin consultant à Royat, pour la lecture d'un travail sur l'**action des Eaux de Royat**.

M. Duchesne. — Hygiène professionnelle : **Des maladies chez les ouvriers employés dans les filatures.** (Sera publié.)

M. Duchaussoy communique une observation **d'adipome de la grande lèvre**. (Sera publié.)

M. Brochin, au lieu de la suture enchevillée préventive employée par M. Duchaussoy, se serait servi de pinces courbes analogues à celles dont on fait usage pour l'amputation de la langue.

M. Duchaussoy estime que son procédé expose moins au danger de sphacèle.

M. Cazenave de Laroche lit un extrait intitulé : **Les eaux sulfureuses exercent-elles une action modificatrice sur la menstruation ?**

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

207.— Un confrère, installé à Paris, depuis 3 ans, dans un très bon quartier échangerait une clientèle d'un rapport de 7,000 fr. touchés contre une bonne clientèle de province. — s'adresser au bureau du journal.

206. — La commune de St-Lambert du Lattay (Maine-et-Loire), demande un jeune médecin. Bonne position. Il n'y a de médecin qu'à dix kilomètres.

205.— A céder pour raison de santé dans un chef-lieu de canton à proximité de Paris, une clientèle médicale dont le produit est de 10.000 fr. dont 2.000 fr. de fixe. Conditions avantageuses ; — s'adresser au bureau du journal.

204. — La commune de Zéraïa, département de Constantine, demande un médecin. — Le conseil municipal a voté une somme de 4,000 francs pour le traitement du médecin qui s'installera dans cette commune. Il pourra faire la pharmacie. — s'adresser au Maire de Zéraïa.

203.— Excellente clientèle médicale à prendre de suite, à Montcenis (Saône-et-Loire). Avantages divers : 4.000 francs.— s'adresser au Maire.

202.— Bon poste médical à céder de suite à Solesmes (Nord).— Produit probable pour la première année : 17 à 18.000 francs, susceptible d'augmentation. — s'adresser au Dr Grégory, à Solesmes (Nord).

201.— A prendre, à 150 kilomètres de Paris, un poste médical donnant une moyenne de 8 à 10,000 francs. Le titulaire actuel céderait sans rétribution à un jeune docteur actif, et resterait à sa disposition pendant le temps nécessaire pour lui faire connaitre la clientèle. — s'adresser aux Nouveaux Remèdes, 41, rue J.-J. Rousseau, Paris.

200.— Bonne Clientèle médicale à prendre de suite à Crésantignes (Aube). Elle se compose de plus de 5.000 habitants repartis en 16 communes.— S'adresser au maire de Crésantignes.

199.— Excellente clientèle médicale à prendre de suite à Arc-et-Senans (Doubs). Commune de 1.300 habitants, station de chemin de fer, bureau de poste, plusieurs usines.— s'adresser à M. le Maire d'Arc-et-Senans (Doubs).

198 — A prendre gratuitement en Bretagne et par suite de décès, bon poste médical d'un produit de 6 à 7.000 fr. susceptible d'augmentation. — s'adresser au bureau du journal.

197. — Bonne position à prendre à Bréhémont (Indre-et-Loire). Fixe 1.000 f. La commune ne compte pas d'autre médecin et pas de pharmacien. — s'adresser au maire de Tréhémont (Indre-et-Loire).

196. — A céder excellent poste médical, à 1 h. 1/2 de Paris. Conditions avantageuses. Chemin de fer. Dix communes à desservir. Rayon de population 6000 hab. On céderait installation, mobilier et voiture. — s'adresser au bureau du journal.

195.— Belle clientèle à céder sous conditions dans un bourg de 2000 habitants, à 1 heure d'Orléans. La population à desservir est de 6000 habitants environ. Revenu annuel 10 à 12,000 fr. environ, dont 2000 à 2500 de fixes.— s'adresser au Dr Mouly, 3, rue de l'Odéon.

194. — Un docteur offre de remplacer temporairement un confrère malade ou qui désirerait s'absenter. — s'adresser au bureau du journal.

192.— Un jeune docteur en médecine, désirerait remplacer un confrère à Paris, pendant les vacances. — s'adresser au bureau du journal.

190. — Un docteur en médecine de la Charente-Inférieure offre à titre d'essai, pendant trois mois à un jeune confrère la gérance d'une clientèle aux conditions suivantes :

La moitié du produit de la clientèle ; de plus le prenant aurait à sa diposition, à titre gracieux, une bonne, un domestique, un cheval, une voiture, le logement.

Comme il n'y a pas de pharmacien, le titulaire actuel prendrait à sa charge entière la fourniture des médicaments, mais conserverait pour lui un fixe de 1.200 fr. (annuel). Après ces trois mois d'essai le titulaire prend l'engagement de céder ladite clientèle et le fixe, le tout gratuitement (sous certaines réserves).

Cette clientèle qui date de 80 ans ne peut être conservée par le titulaire pour raison de famille; — s'adresser au bureau du journal.

191.— Un confrère désirerait s'associer à la direction d'un établissement hydrothérapique ou de tout autre établissement se rattachant à l'art de guérir.— s'adr. au bur. du journal

187 — Un jeune docteur prendrait un poste médical, mais avec un certain rapport annuel assuré. — S'adresser à M. E. Brugère, 9, Allées Damour à Bordeaux (Gironde).

186. — Clientèle médicale à céder *de suite*. Produit 7.000 fr. susceptible d'augmentation. Pas de pharmacien. Peut se faire sans cheval. Résidence charmante sur le bords de la Seine, à 2 kilom. d'une station de chemin de fer à 3 heures de Paris.— s'adresser au bureau du journal

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

—

LE NOUVEL HOPITAL DU HAVRE

Il y avait fête dimanche au Havre où la Municipalité avait convié toutes les notabilités scientifiques à l'inauguration de son nouvel hôpital, construit sur un principe nouveau et d'après les données les plus récentes de l'hygiène nosocomiale.

Cet établissement, bâti spécialement pour les blessés, malades et contagieux, est un hôpital de traitement, pour la construction duquel on s'est, avant tout, préoccupé des meilleurs moyens d'assurer aux malades une prompte guérison, en laissant de côté les questions secondaires. De là, ces 17 pavillons séparés, à simple rez-de-chaussée, placés dans un parc dont la superficie est de 65.000 mètres carrés.

FEUILLETON

—

LE CHOLÉRA ESPAGNOL ET LA MÉTHODE FERRAN.

Nos lecteurs doivent nous trouver bien en retard dans nos appréciations sur les inoculations anti-cholériques du Dr Ferran dont l'agence Havas leur sert tous les matins une bonne tartine dans leur journal politique. Hélas ! nous le regrettons, les faits qui ont été jusqu'à ce jour communiqués à la presse sont de nature à motiver chez l'observateur impartial une sage réserve. C'est donc dans notre Feuilleton que nous parlerons de la nouvelle méthode, en attendant que l'observation clinique permette de lui faire prendre place dans notre Revue de thérapeutique. Est-il besoin de dire que nous accepterons la lumière avec empressement lorsque son éclat sera incontestable et que nous serons heureux de saluer une découverte qui illustrera la vieille terre espagnole dont les habitants semblaient s'endormir sur les succès obtenus dans les siècles précédents.

Voici les critiques très justes qu'adresse un organe autorisé

Le nombre total des lits de malades est de 312. Le cube d'air minimum dans les salles de malades, tous les lits étant occupés, est de 48 mètres cubes.

La dépense totale de l'établissement est de 1.875.000 francs, soit 6.000 fr. par lit de malade.

Ce prix est sans doute élevé; mais il convient de se souvenir qu'il comprend non seulement l'hôpital proprement dit, avec tous les services généraux, bureaux, cuisine, lingerie, buanderie, pharmacie, bains, douches, chapelle, etc., mais encore deux maisons de santé, l'une pour hommes et l'autre pour femmes, et une maison de convalescence.

Sans doute, il aurait été possible de réduire ce prix en augmentant le nombre des lits, mais les conditions sanitaires en auraient souffert et le type hospitalier n'eût plus été le même.

Les nombreux médecins et chirurgiens qui ont visité le nouvel établissement, et parmi lesquels il nous suffira de citer les noms si populaires de Verneuil, Trélat, Léon Labbé, Bourneville, etc., ont payé un juste tribut d'admiration à une œuvre qui fait le plus grand honneur à la municipalité et au corps médi-

---

(l'*Union médicale*) à la méthode dont les principes rudimentaires nous sont transmis par l'agence Havas :

« En premier lieu on se demande comment les cobayes, animaux réfractaires aux inoculations directes du choléra indien, sont sensibles à l'agent infectieux cholérigène de M. Ferran ; si tant est que le *poronospora Ferrani* soit lui-même cet agent morbigène ?

Deuxièmement : l'inoculation des nourrices provoque, paraît-il, des accidents gastro-intestinaux chez les nourrissons. M. Ferran voit dans ces accidents une sorte de choléra ébauché, amoindri, atténué; une sorte de diminutif de choléra ou de choléra en miniature, dont les nourrissons indirectement infectés sont les victimes expérimentales et involontaires : Comment expliquer le passage de l'agent infectieux de la nourrice au nourrisson ? Est-ce le microbe lui-même qui transite ainsi en franchise à travers les glandes mammaires, véhiculé par le lait maternel, ou bien est-ce une ptomaïne d'origine microbique qui conta-

cal du Havre. Rien n'a été, en effet, négligé pour organiser les services sur un pied à la fois simple et grandiose, tout en se conformant rigoureusement aux principes de la méthode antiseptique.

La seule objection que nous avons entendu faire par les visiteurs était relative au service. Sans doute il sera difficile d'assurer le service dans des salles petites, très éloignées les unes des autres et ne pouvant posséder chacune les annexes nécessaires. Mais c'est là une question secondaire. On a voulu avant tout assurer le bien-être du malade et abréger son séjour dans l'hôpital.— Le personnel devra être plus nombreux et plus dévoué, mais la ville du Havre est en mesure de parer à ces éventualités, et elle peut compter sur le dévouement de MM. Fauvel, Dero et de Lignerolles qui ont déjà assuré le service médical de l'ancien établissement.

La description de la journée de dimanche serait incomplète si nous passions sous silence la magnifique réception organisée par la municipalité et le corps médical.

Au splendide banquet de Frascati, M. Siegfrield, maire du Havre, a prononcé un discours dans lequel il a manifesté l'es-

---

mine les humeurs et le lait de la nourrice ? Ce problème obscur mérite solution.

Enfin,— est-il besoin de l'écrire,— la méthode de M. Ferran n'aura de valeur pratique que le jour où les inoculés seront vis-à-vis du choléra indien dans l'état de résistance des individus vaccinés avec le cow-pox vis-à-vis de la variole, ou des animaux inoculés avec le charbon atténué vis-à-vis de la fièvre charbonneuse ?

On comprend, après cela, l'intérêt des statistiques et l'ardeur des débats quand, chez des inoculés, des faits de contagiosité ou de mortalité donnent prise au doute ou à la critique.

Voici des chiffres qui serviront de documents. Les deux villes d'Alcira et d'Algemesi ont une population totale de 25,800 habitants, dont 9,600 se sont soumis aux inoculations. Des 16,200 non-vaccinés, 381 ont été contaminés et 168 sont morts. Eu égard à leur morbidité, cette mortalité est donc dans le rapport de 60 pour 100. Parmi les vaccinés, on a compté, jusqu'à ces derniers jours, 22 cas et 4 décès. La morbidité de ceux-ci

poir que la réunion, autour de lui, de tant de médecins, de savants éminents, serait la source d'études et de résolutions salutaires ayant pour but non seulement de parer efficacement à la guérison des malades, mais surtout de prévenir la mortalité qui est plus forte au Havre qu'à Londres. M. Siegfrield voudrait qu'une proposition fût faite pour que la conservation de la santé publique soit confiée à un ministère spécial, qui seul aurait autorité pour prendre des mesures rapides en cas d'épidémie

M. le préfet du Calvados a été très applaudi. Le préfet de Caen estime qu'il serait prématuré de demander et d'établir, dès à présent, un ministère de la santé publique. Mais, dès aujourd'hui, l'opinion doit provoquer et diriger les mesures gouvernementales. Il faut qu'elle fasse un appel pressant et soulève un débat dans le but d'obtenir une législation sanitaire complète et nouvelle. Bientôt alors on sentira les effets de cette réorganisation, — comme en Angleterre où, depuis l'établissement d'une direction de la santé publique, on a vu diminuer le chiffre des décès dans une très forte proportion.

L'application en France d'un même système, dit l'orateur,

---

aurait donc été de 1,5 pour 100 et leur mortalité de 20 pour 100, eu égard à leur morbidité.

Toutefois, un point semble acquis dès à présent : l'*innocuité des inoculations*. Cette constatation est de stricte justice, mais ne préjuge pas de l'efficacité définitive de la méthode de M. Ferran. »

Notre confrère remarque ensuite avec raison que le lyrisme avec lequel les journalistes espagnols accueillent la nouvelle méthode est peu en rapport avec le froid esprit d'observation qui caractérise les méthodes d'expérimentation et n'est pas de nature à faire sortir de leur réserve les médecins français. D'après M. Ferran, deux hommes doivent occuper le premier rang dans l'humanité : le Christ, à qui nous devons notre affranchissement moral, et Pasteur, à qui nous devons notre redemption physique. Voici le texte même employé par l'expérimentateur espagnol :

« *Los dos hombres mas eminentes que ha tenido la humanidad son : Cristo, por haberla redimido moralmente, y Pas-*

nous laisserait 100,000 existences de plus par année. L'hygiène, la salubrité doivent donc être imposées sous les peines les plus sévères.

L'assemblée a ensuite entendu avec plaisir les toasts dans lesquels les professeurs Trélat et Verneuil se sont montrés ardents défenseurs de l'hygiène publique. Puis M. Fauvel, doyen des chirurgiens des hôpitaux du Havre, a, dans un discours très applaudi, remercié les nombreux médecins de Paris qui avaient répondu à l'appel de la population de la grande cité normande. Nous applaudissons de tout cœur notre aimable confrère dont l'hospitalité laissera de longs souvenirs à tous, et nous devons, pour être justes, déclarer que les honneurs de cette belle journée doivent être décernés au maire de la ville, M. Siegfried, et au chirurgien en chef du nouvel hôpital, M. Fauvel.



---

teur, por habernos dado las leyes que han de conducirnos à nuestra redencion fisica. »

« Les deux plus grands hommes que l'humanité ait possédés sont le Christ, qui lui a donné la rédemption morale, et Pasteur, qui nous a donné les lois qui doivent nous conduire à notre rédemption physique. »

Nous savons que, comme tous les grands hommes, Pasteur aime l'encens plus que la contradiction ; mais nous doutons fort cependant que le grand savant français trouve de son goût l'appréciation qui le place au rang et à côté du Christ. Outre que l'apothéose divine dépasse légèrement la mesure en tant qu'éloge, nous pensons que Pasteur ne se soucie nullement d'être assimilé à Jésus-Christ et préfère sa situation d'expérimentateur bien renté à celle d'un Dieu persécuté.

Quoi qu'il en soit, nous attendrons de plus amples renseignements avant de nous prononcer sur la valeur prophylactique du système Ferran.

REVUE CLINIQUE

—

ADIPOME DE LA GRANDE LÈVRE DROITE. — OPÉRATION (1).

Par le Dr Duchaussoy.

Femme de 60 ans. En 1876, elle présentait dans la grande lèvre droite, près de l'orifice externe du canal inguinal une tumeur du volume d'un œuf de poule, indolente, sans changement de couleur à la peau, sans résistance, irréductible, translucide sur les bords, mais opaque au milieu, et donnant une sensation de fluctuation très nette.

Le diagnostic, malgré les signes qui pouvaient faire pencher pour une tumeur liquide enkystée resta indécis. On tenta sans succès quelques moyens résolutifs.

La tumeur s'accrut d'année en année, au point de gêner la marche, et sa face interne s'excoria sous l'influence de l'urine dont elle gênait l'émission. En mai 1884, c'est-à-dire huit ans après le début, elle avait une longueur de 25 centimètres ; depuis deux ans, la malade la soutenait dans un sac attaché à une ceinture ; la forme était celle d'une énorme poire ; le pédicule formé par la peau, que le poids de la tumeur avait entraînée, avait 8 centimètres de long ; en l'aplatissant latéralement ce pédicule était large de 10 centimètres ; la peau déplacée venait de la paroi abdominale et de la partie supérieure de la cuisse. Cette peau ne présentait de vergetures que sur la partie enflée de la tumeur ; il n'y en avait pas sur le pédicule dont la peau n'avait été que déplacée et non distendue ; il est à remarquer que la muqueuse de la grande lèvre droite n'avait pas subi de déplacement très marqué ; on la retrouvait à la partie supérieure et interne du pédicule.

La tumeur était très molle, changeait de forme suivant la position debout ou couchée ; dans cette dernière position elle s'aplatissait ; une légère pression la déformait également ; quand on fixait le pédicule on sentait des battements artériels. L'examen minutieux de la paroi abdominale inférieure et du canal in-

(1) Communication faite à la Société de médecine pratique, 7 mai, 1885.

guinal ne faisait rencontrer aucune hernie. L'opacité de la tumeur était complète et la sensation de fluctuation était tout à fait propre à induire en erreur, si tous les autres signes d'une tumeur liquide n'avaient fait défaut.

L'opération décidée, je l'exécutai avec le concours de notre collègue le Dr Prévost.

Dans la crainte de quelque communication avec la cavité abdominale, par le ligament rond et le canal inguinal, et pour prévenir toute perte de sang chez une femme affaiblie, je commençai par établir des sutures enchevillées dans toute la largeur du pédicule, à sa partie la plus élevée, puis je fis la section à trois centimètres en avant de cette suture. Malgré les précaution prises, on fut obligé de lier deux artères, puis je rapprochai les lèvres de la plaie par une série de fines épingles sur lesquelles on fit la suture entortillée.

Les suites de l'opération furent très simples et la cicatrisation rapide; il n'y a pas de récidive.

La tumeur pesait un kilog. 200 grammes : elle était formée de tissu graisseux blanc entrecoupé de cloisons fibro-celluleuses incomplètes, de sorte que la disposition lobulée qui aurait pu éclairer vivement le diagnostic si elle avait été plus appréciable au toucher avant l'opération, faisait défaut.

La graisse était blanche, peu consistante ; à chaque section il s'écoulait un liquide incolore. Les vaisseaux nourriciers étaient fort apparents ; il n'y avait aucune concrétion phosphatique ou autre au centre de la tumeur. En un mot, il s'agissait bien d'un *adipome mou*, développé dans le tissu graisseux qui double la face externe de la grande lèvre. C'est une des variétés de tumeurs qu'on désignait autrefois sous le nom de *loupes des grandes lèvres*, et qui diffèrent de l'éléphantiasis. Comme ces tumeurs sont assez rares et que le diagnostic présente des difficultés, il m'a paru utile de signaler brièvement les caractères de celle que j'ai opérée.

GASTROTOMIE. — CURE RADICALE DE LA HERNIE. THYROIDECTOMIE.

M. W. Mac Cormac, chirurgien de l'hôpital St-Thomas, à Londres, nommé président de la section de chirurgie à la réunion annuelle de l'Association médicale anglaise, tenue à Bel-

ford au cours de l'année dernière, a inauguré les travaux de la Société par une très intéressante lecture, sur les sujets ci-dessous désignés. Nous les analyserons sommairement.

Dans deux cas de rétrécissement extrême de l'œsophage pour affection cancéreuse, alors que les malades (deux hommes, l'un âgé de 55 ans, l'autre de 42 ans) ne pouvaient plus rien avaler et que la mort paraissait imminente, M. Mac Cormac pratiqua la gastrotomie. L'opération fut faite en deux temps, séparés l'un de l'autre par plusieurs jours d'intervalle. Une incision de la paroi abdominale mit à nu la surface de l'estomac. Avec des aiguilles appropriées, on passa des fils de suture qui traversaient d'une part les lèvres de la plaie, et, d'autre part, la membrane séreuse et la couche musculaire de l'estomac, en respectant la muqueuse, de façon à établir de larges et solides adhérences entre le feuillet pariétal et le feuillet viscéral du péritoine. Les précautions les plus minutieuses furent prises contre tout épanchement de sang et contre tout risque de septicité. L'opération, parfaitement supportée, ne fut suivie d'aucun malaise, d'aucun trouble chez les patients. La température resta normale ; le pouls ne s'éleva pas au-dessus de 80. Chose bien remarquable, et, jusqu'à présent, inexpliquée, la faculté d'avaler reparut au point de faire douter de la réalité du rétrécissement œsophagien. Ce ne fut que 14 jours après le premier temps qu'on introduisit une sonde dans l'estomac du premier malade ; ce second temps de l'opération ne fut pratiqué que 7 semaines plus tard chez l'autre, qui en contestait, d'ailleurs, la nécessité. Après avoir repris des forces et un embonpoint relatif, les deux opérés succombèrent, l'un au bout de trois mois, à des accidents de dyspnée ; l'autre après 6 mois, à une hémorrhagie foudroyante. A l'autopsie, on trouva chez le premier un carcinome de la partie supérieure de l'œsophage, avec engorgement hypertrophique des ganglions bronchiques voisins ; — chez le second, on trouva une tumeur cancéreuse qui enveloppait la partie inférieure de l'œsophage, avait envahi le cardia, et perforé l'aorte descendante, par où s'était faite l'hémorrhagie fatale. Les ganglions bronchiques étaient absolument sains, etc.

En somme, M. Mac Cormac regarde la gastrotomie comme une opération qui, dans les cas d'obstruction de l'œsophage par une affection cancéreuse, offre des avantages assez sérieux

pour être proposée de bonne heure aux malades. Elle supprime ou modère les symptômes les plus pénibles et, selon toute probabilité, retarde la marche de la maladie, en faisant cesser l'irritation et le trouble qu'amènent les constants efforts de déglutition.

M. Mac Cormac estime que le *Traitement radical de la hernie*, étranglée ou non, doit consister dans l'excision du sac, ou complète ou partielle. Pour les petites hernies inguinales, et pour les fémorales ordinaires, le sac tout entier peut être réséqué. Mais pour les inguinales considérables, et spécialement pour celles qui sont congénitales, l'extirpation totale du sac n'est pas nécessaire. Il est difficile, dans ces cas, de disséquer, sans les blesser, les éléments du cordon spermatique et d'éviter les hémorrhagies, très sujettes à récidive, de cette région. On doit se borner à disséquer une portion circulaire de la séreuse en avant du collet. On avive, de cette façon, une assez large surface pour que la cicatrice soit solide, et le testicule reste, au-dessous, dans ses connections normales. Le chirurgien anglais recommande de faire la suture ou la ligature du collet le plus haut possible afin qu'il ne subsiste aucune poche séreuse dans laquelle la hernie pourrait se reproduire. 14 malades (12 hommes et 2 femmes) ont été opérés par M. Mac Cormac ; chez 13, le succès a été complet et durable ; onze fois, la hernie était inguinale (un malade en portait deux) ; trois étaient crurales. Chez le 14e malade, la hernie reparut à la suite d'une chute grave, mais elle se montra moins gênante qu'avant l'opération. En outre, deux opérés moururent par le fait d'accidents tout à fait étrangers au traitement.

En résumé, tant que la cure radicale de la hernie a été plus dangereuse que la maladie elle-même, le chirurgien devait s'abstenir ; mais la méthode antiseptique permet de considérer maintenant cette opération comme sans danger. Dans les cas d'étranglement, on doit donc intervenir le plus promptement possible. Tel est l'avis de M. Mac Cormac.

La communication de l'honorable chirurgien se termine par la relation d'une thyroïdectomie pratiquée avec un plein succès chez une femme de 29 ans qui portait un goître énorme dont la partie inférieure plongeait dans la poitrine, derrière le sternum et qui menaçait de suffoquer la malade. L'opération, très

difficile, très pénible, dura deux heures. Si les détails précis dans lesquels entre l'opérateur sont de nature à nous donner une haute idée de son habileté et de sa prudence, les considérations qui terminent sa lecture, et qui ont trait aux rapports étiologiques du développement thyroïdien avec le tempérament muqueux ou strumeux, affirme la portée de son grand sens clinique.

HEMMEL.

INDICATIONS DE L'ÉLECTRO-THÉRAPIE,

Par A. HUGHES BENNETT.

On peut diviser en trois catégories les maladies dans lesquelles l'électro-thérapie est indiquée : 1° Maladies caractérisées par une diminution dans l'activité fonctionnelle ; 2° maladies caractérisées par une augmentation dans l'activité fonctionnelle ; 3° groupe considérable d'affections diverses liées à une dystrophie locale ou générale.

Dans les deux premières catégories peuvent être placées la paralysie, l'anesthésie, l'atrophie, la sclérose, et divers autres états morbides. L'étiologie de ces affections est souvent obscure. L'indication thérapeutique à remplir, c'est de stimuler, de surexciter l'activité fonctionnelle, d'écarter tout ce qui peut entraver la circulation nerveuse, et de modifier les processus nutritifs anormaux. Il faut soumettre à l'influence du traitement électrique les manifestations primitives aussi bien que les manifestations secondaires : ainsi, dans la paralysie ou l'anesthésie, il faut s'occuper non seulement des effets locaux consécutifs, mais aussi des lésions centrales primitives qui les déterminent. S'il existe sur quelque point du trajet d'un nerf un obstacle quelconque à la libre circulation de l'influx nerveux, il peut souvent être dissipé par le stimulus du courant électrique qui rouvre ainsi la voie des impressions normales et finit par rétablir à l'état physiologique la transmission nerveuse. On tend de la sorte à rendre aux fonctions languissantes leur activité normale, et, grâce à l'influence de l'action catalytique du courant électrique sur la nutrition des éléments cellulaires, à favoriser la résorption des produits morbides et restituer ainsi aux tissus leur structure physiologique.

Partant de ces données, il est évident qu'il y a quantité de

symptômes et de maladies susceptibles d'être soumis rationnellement au traitement électrique, et il est probable que nombre d'entre eux en retirent plus de bien que de n'importe quel autre agent thérapeutique.

Dans la catégorie des troubles morbides caractérisés par une augmentation de l'activité fonctionnelle, figurent la douleur, le spasme, la contracture et autres. Ici encore, nous ne sommes pas toujours très bien fixés sur la nature et le siège de la lésion primitive; mais nous supposons que les symptômes en question sont liés à quelque trouble moléculaire, ou, comme on dit, fonctionnel, dont il nous est cependant impossible de démontrer la réalité. Mais, quelle que puisse être la cause, le courant électrique, appliqué d'une certaine façon, a pour effet de réveiller l'excitabilité motrice et sensitive non seulement pendant la durée de son application, mais souvent d'une façon définitive, permanente ; et si cet effet est obtenu, la nutrition est modifiée de telle façon que la disparition du trouble morbide en est la conséquence. Cet effet sédatif et altérant du courant électrique trouve son application dans une grande variété de troubles morbides.

Enfin l'action tonique, catalytique de l'électricité peut être utilisée dans une foule d'affections locales et générales. Comme nous l'avons dit précédemment, on suppose que ses effets sont dus à l'influence que le courant électrique exerce sur la nutrition des tissus, sur les nerfs trophiques, sur la circulation et sur l'activité du processus de résorption. Nous ignorons la nature intime de toutes ces actions, de même que des lésions pathologiques contre lesquelles on l'emploie : c'est l'expérience seule qui nous guide en pareil cas. C'est ainsi que l'électricité a été employée dans les affections rhumatismales et goutteuses, dans les affections des articulations et de la peau, dans les phlegmasies chroniques, etc. Partant du même principe, on l'a appliquée à des affections plus générales, telles que l'hystérie, la chorée, la neurasthérie, la débilité générale et nombre d'autres désordres constitutionnels. C'est principalement dans les névroses, et les troubles dits fonctionnels, que l'électricité produit les résultats les plus merveilleux.

Telles sont à peu près les conclusions générales auxquelles on est arrivé quant à l'opportunité du traitement électrique

mais il reste beaucoup à faire dans cette voie, et l'expérimentation clinique a un vaste champ ouvert devant elle à ce point de vue. Pour résoudre les problèmes complexes que comporte cette question, il faut accumuler des faits observés avec compétence et recueillis avec impartialité. Les recherches d'électro-thérapeutique sont trop souvent faites par des personnes qui en ignorent les éléments : aussi sont-elles incorrectes. Il est incontestable que quiconque abordera cet ordre de recherches avec une préparation technique accomplie, et un excellent esprit d'observation, ne pourra manquer d'y faire une ample moisson de découvertes. (*Brit. med. Journ.*, 22 novembre 1884, et *The Americ. Journ. of. med. Sc.*, janvier 1885.)

J. C.

DE L'OSTÉO-PÉRIOSTITE ALVÉOLO-DENTAIRE OU MALADIE DE FAUCHARD (1),

Par le Dr Th. David.

M. le Dr Chauveau a lu à la Société médico-pratique (séance du 28 novembre 1884) un travail sur le *Rhumatisme dentaire*, au sujet duquel nous croyons devoir présenter quelques remarques.

Une question doit être tout d'abord posée à M. Chauveau. A-t-il voulu décrire une maladie nouvelle ? Nous ne le pensons pas, car ce qu'il décrit sous le terme de rhumatisme dentaire ressemble en tous points à l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire de M. Magitot. Il était donc tout au moins inutile d'ajouter un nom de plus à tous ceux que possède déjà une affection depuis longtemps connue.

L'auteur n'avait, pour nous révéler le côté qui lui paraît original dans son étude, qu'à nous dire : l'ostéo-périostite est souvent ou toujours d'origine rhumatismale.

M. Chauveau dit, en effet, que diverses affections des dents, dont on fait des affections distinctes, comme l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire et le déchaussement des racines, rentrent dans un cadre plus général et appartiennent au rhumatisme dentaire, dont elles ne sont que des formes différentes. Ces formes

(1) Mémoire lu à la Société de médecine pratique dans la séance du 7 mai 1885.

seraient au nombre de trois; une aiguë, une subaiguë et enfin une chronique, à laquelle appartiendrait l'ostéo.périostite alvéolo-dentaire proprement dite. Or, ces différents états ne sont-ils pas très nettement indiqués par M. Magitot dans sa description de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire ?

Notre maître insiste, il est vrai, davantage, sur la forme subaiguë et sur la forme chronique ; mais c'est aussi ce qu'a fait M. Chauveau. Ce dernier nous dit que les rapports de cette affection avec le rhumatisme n'ont pas encore été indiqués et qu'il les signale pour la *première fois.*

Cependant, cette relation est nettement établie dans la thèse d'un élève de M. Magitot, M. Guebey (1), qui, à la page 31 de sa thèse, rapporte l'observation suivante que nous lui avions communiquée.

M. M..., 47 ans, n'a pas eu la syphilis, n'a suivi aucun traitement mercuriel, et s'était toujours bien porté jusqu'en 1878. A cette époque, rentrant d'un long voyage en Japon, il fut pris d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé. Il guérit assez rapidement et ne ressentit plus rien jusqu'en mai 1880 ; alors des douleurs rhumatismales erratiques le retinrent au lit ou dans la chambre pendant trois semaines. M. M..., qui n'avait jamais souffert des dents autrement que pour faire soigner quelques caries, fut alors pris de douleurs vagues dans la mâchoire : les dents deviennent sensibles au changement de température, à la pression, d'où impossibilité de manger. M. David constate alors un léger ébranlement de toutes les dents ; celles-ci sont sensibles au froid et au chaud ; quelques-unes d'entre elles, les prémolaires notamment, sont déchaussées. La pression sur la gencive fait sourdre autour du collet le petit flot caractéristique de l'ostéo-périostite. — D'ailleurs, la bouche est en bon état : Dents propres, pas de tartre. On fait quelques cautérisations à l'acide chromique liquide ; aussitôt les douleurs disparaissent. Après cinq semaines, il n'y a plus de trace d'ostéo-périostite. »

Parmi les 20 cas dont j'avais à cette époque relevé l'observation deux étaient relatifs à des personnes ayant eu des attaques de rhumatisme articulaire.

M. Chauveau dit aussi avoir observé fréquemment cette af-

(1) Etude sur l'ostéo-périostite alvéolaire. Thèse de doct. Paris, 1880.

fection à l'Ile-Maurice. Or M. Guebey dit à ce sujet, dans sa thèse : « M. David nous a dit l'avoir rencontrée trois fois chez de jeunes étudiants originaires des colonies à climat chaud. Le même praticien aurait appris de ces malades que l'affection est très commune à partir de 20 ans, dans leur pays, où les dents, généralement bonnes, tombent prématurément sans être cariées » (page 32).

Mais ce fait, outre qu'il n'est pas nouveau, met M. Chauveau en contradiction avec lui-même. Ce n'est pas le rhumatisme qui règne dans les pays chauds, mais bien le paludisme. Plusieurs médecins, le Dr Rol entre autres, nous ont affirmé avoir souvent constaté à la Martinique et dans d'autres pays de même climat, l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire chez de jeunes sujets absolument indemnes de rhumatisme.

L'affection serait plus fréquente en hiver ; sans doute et si M. Chauveau était dentiste, il tiendrait comme un fait bien établi que les affections du périoste alvéolo-dentaire sont plus rares en été qu'en hiver.

M. Chauveau dit que le sexe paraît être sans influence sur l'affection, et cependant il ajoute quelques lignes plus loin : « La grossesse, l'allaitement, la ménopause semblent en être les causes déterminantes.» Il y a évidemment contradiction entre ces deux phrases, car si la grossesse, l'allaitement et la ménopause sont les causes déterminantes du rhumatisme dentaire chronique, il est certain qu'il doit être plus fréquent chez la femme que chez l'homme, ce que nous avons nous-même vérifié. Au contraire, et ceci semblerait infirmer encore la relation de cause à effet que M. Chauveau prétend exister entre le rhumatisme et l'ostéo-périostite, les femmes sont moins sujettes au rhumatisme que les hommes. M. E. Besnier, dans son article RHUMATISME du Dict. encyclop. est arrivé à la proportion générale de 81 femmes pour 100 hommes.

Quant à la goutte, on sait qu'elle est extrêmement rare chez la femme. M. Chauveau, pour faire rentrer dans le cadre du rhumatisme dentaire toutes les affections subaiguës ou chroniques du périoste alvéolo-dentaire, réunit dans le rhumatisme considéré comme affection générale toutes les manifestations aiguës ou subaiguës, chroniques, primitives ou consécutives du rhumatisme. Il rattache au rhumatisme la goutte et le dia-

bète, et sous prétexte que ces deux dyscrasies sont d'origine rhumatismale ou arthritique, il en conclut que l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire observée chez les diabétiques et les goutteux est, non pas une manifestation de leur dyscrasie, mais du rhumatisme. Il y a là, ce nous semble, une erreur de pathologie générale, tout au moins une confusion qui, au contraire de ce que propose M. Chauveau, ne peut qu'obscurcir la question au lieu de l'éclaircir.

Vouloir faire un rhumatisant d'un diabétique serait une opinion prématurée.

En effet, il est d'observation journalière et de notion générale que les affections rhumatismales ne suppurent pas ou ne suppurent que rarement. Or, un des phénomènes les plus marqués de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, celui-là même qui lui a valu les dénominations significatives que lui ont données Jourdain et Tarac, est justement la suppuration abondante, continue, une véritable pyorrhée (Tarac).

Au contraire, la suppuration est fréquente, survient sous l'influence de la moindre cause occasionnelle chez les sujets dont l'organisme est profondément débilité, chez les cachectiques, chez les diabétiques et les albuminuriques.

Si donc on peut faire intervenir le rhumatisme dans l'étiologie de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, ce n'est pas dans sa forme suppurante, chronique, mais dans sa forme aiguë et subaiguë, toutes deux susceptibles de régression et de guérison, comme les manifestations articulaires du rhumatisme auxquelles les compare M. Chauveau.

Mais il n'en saurait être de même dans sa forme chronique, suppurante, celle que M. Magitot a rencontrée si souvent chez les diabétiques et les albuminuriques, qu'il considère le diabète et l'albuminurie comme les causes les plus fréquentes de cette affection. Dans ces cas ce n'est plus à une manifestation du rhumatisme que l'on a à faire, c'est à une manifestation d'un état général grave auquel la constitution arthritique ancienne du malade peut avoir contribué, mais qui actuellement est indépendante de la diathèse primitive et possède ses phénomènes pathologiques propres.

De plus, sans aller si loin, il nous paraît également excessif d'assimiler la goutte et le rhumatisme au point de vue de leur

influence pathogénique. Que ces deux diathèses dérivent elles-mêmes d'une diathèse primitive, l'arthritisme, comme le veut l'école de Bazin, cela n'empêche nullement d'exister la différence constatée chaque jour entre un rhumatisant et un goutteux, aussi bien au point de vue physiologique qu'au point de vue de leurs maladies, et nous ne saurions admettre que la goutte et le rhumatisme réagissent de la même façon sur le périoste dentaire.

D'ailleurs, tout en reconnaissant que l'influence des diathèses sur le développement et la marche des maladies est considérable, et que cette notion, entrée profondément dans la pathologie générale, depuis les travaux de l'Ecole de Montpellier, puis de Bazin, de Verneuil et de leurs élèves, a fait faire à l'étude des maladies de grands progrès, il faut bien avouer que cette question renferme encore de nombreuses obscurités. On sait à peine l'influence d'une diathèse, considérée isolément sur les maladies intercurrentes ; on ne sait que peu de choses sur les diathèses combinées, deux à deux, trois à trois sur les mêmes maladies, ni sur les modifications qu'elles subissent d'une génération à une autre. Prenons, par exemple, une personne atteinte d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, née d'un arthritique et d'un scrofuleux, ou d'un alcoolique et d'un syphilitique, sans avoir de manifestation elle-même de ces états généraux, sauf le rhumatisme. Il serait difficile de dire quelle est la part qui revient à chacun de ces antécédents morbides dans l'étiologie de l'ostéo-périostite, et impossible, je pense, de tout rapporter au rhumatisme.

C'est pourquoi quand M. Chauveau, qui parmi les causes prédominantes du rhumatisme dentaire, range l'hérédité, vient nous dire: « Voici différentes affections du périoste alvéolo dentaire, on les considère comme d'origine et de nature différentes, je pense, au contraire, qu'elles ont toutes une même origine, le rhumatisme », nous ne pouvons accueillir cette déclaration qu'avec la plus grande incrédulité.

(*A suivre*.)

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE

De l'euphorbia pilulifera; son emploi dans l'asthme, par le Dr Marset. — L'euphorbia pilulifera est une plante qui est très commune au Brésil; elle a pris rang parmi les substances employées contre l'asthme. Le Dr Marset résume en ces quelques lignes ses propriétés et son mode d'administration :

1° Le principe actif de l'euphorbia pilulifera est soluble dans 'eau et l'alcool étendu, insoluble ou peu soluble dans l'éther, le chloroforme, le sulfate de carbone et l'essence de térébenthine.

2° Il est toxique à faible dose pour les animaux qu'il tue par arrêt des mouvements respiratoires et des battements cardiaques, accélérés d'abord, puis ralentis graduellement sous son influence.

3° Les effets ne s'accumulent pas.

4° Il paraît agir par action directe sur les centres respiratoire et cardiaque. Il laisse intacts les autres appareils.

5° Il paraît s'éliminer par le foie.

6° Localement, il est sans action sur la peau et les muqueuses, sauf la muqueuse gastrique, qu'il irrite

7° Il donne de bons résultats dans les accès de dyspnée causés par l'asthme, l'emphysème ou la bronchite chronique.

8° Il doit être employé à doses quotidiennes, correspondant au plus à 1 gr. de plante sèche, et pris dans un véhicule abondant, de préférence au commencement des repas.(*Bulletin général de thérapeutique mars* 85.)

A. B.

Nouveau procédé pour reconnaître la présence de l'albumine dans les urines. — M. Hoffman (*Bulletin général de thérapeutique*) fait connaître un procédé simple pour savoir si des urines contiennent ou non de l'albumine. Il est dû à un pharmacien de Berlin, qui a mis à profit la réaction que l'iodure double de mercure et de potassium exerce sur les matières albuminoïdes.

On fait dissoudre d'un côté une partie de sublimé corrosif dans vingt parties d'eau, et d'autre part une partie d'iodure de potassium dans 2 parties d'eau, on mêle les deux solutions, et dans ce mélange, on trempe des feuilles de papier Joseph qu'on fait ensuite sécher et qu'on découpe en bandelettes. Il suffit de plonger une de ces bandelettes dans le liquide urinaire, et s'il contient de l'albumine, celle-çi se précipite instantanément. Pour que cette réaction se produise il est essentiel que les urines soient acides ; afin d'être certain qu'elles possèdent cette qualité, on trempe préalablement dans l'urine une bandelette de papier Joseph imprégné d'une solution d'acide nitrique.

Dr A. OGER.

De la douche froide sur les pieds et de ses usages, par le Dr CAULET, inspecteur des eaux de St-Sauveur. — Indiquons brièvement les principales conditions dans lesquelles l'auteur a expérimenté, afin que nos confrères soient mieux à même de vérifier les résultats obtenus : température de l'eau, 8 à 12° ; hauteur du réservoir, 10 mètres ; orifice d'écoulement du robinet, 15 à 18 millimètres ; durée de la douche, de une demi-minute à 1, 2 et même jusqu'à 3 minutes, mais très peu de malades arrivent à la supporter aussi longue. Voici maintenant les principaux résultats obtenus par l'auteur.

La douche froide sur les pieds exerçant sur l'économie, mais avec moins d'intensité, les mêmes actions et réactions que la douche générale, est un succédané de cette dernière. On peu donc la recommander pour le traitement des affections légères, avec lesquelles il n'est pas besoin d'une médication énergique ; pour les cas assez nombreux où l'on redoute une action trop agressive de la douche générale ; pour les malades enfin qui doivent faire le traitement hydrothérapique hors des établissements médicaux, loin de toute surveillance compétente.

La douche sur les pieds doit-être préférée à la douche générale chez nombre de malades qui ont habituellement les pieds froids ; elle est un agent très précieux pour habituer, en peu de temps, au traitement hydrothérapique les malades qui ne doivent pas être soumis à l'application générale de l'eau froide et avec lesquels il est nécessaire de procéder avec douceur et

ménagement, ou pour y habituer ceux chez lesquels la douche générale est immédiatement suivie de céphalalgie.

L'auteur recommande particulièrement la douche froide sur les pieds pour combattre le *froid aux pieds habituel*, pour décongestionner la matrice, et par suite réprimer certaines métrorrhagies, comme révulsif pour dégager la tête ou la poitrine, et enfin comme sédatif dans nombre de troubles nerveux, notamment dans la céphalalgie habituelle, la migraine et l'insomnie. (*Annales de la Société d'hydrologie*, 1885.) J. C.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Erysipèle et grossesse. — WORDWELL ayant eu occasion d'observer un érysipèle suivi d'avortement, chez une femme enceinte de trois mois s'est livré à des recherches à ce sujet. Le nombre de cas publiés dans la littérature médicale s'élève à 25. L'érysipèle puerpéral est donc rare.

De ces recherches et du cas qu'il a observé, Wordwell tire les conclusions suivantes :

L'érysipèle peut atteindre une femme enceinte à toute période de la grossesse, particulièrement dans les derniers temps.

L'érysipèle est plus souvent sporadique.

Il peut siéger sur quelque partie du corps, ordinairement à la face.

Il est plutôt cutané que phlegmoneux.

Presque invariablement, il y a travail prématuré dans les 48 heures suivant le frisson initial.

Ces cas tendent à guérir sans inflammation utérine.

Il est impossible d'établir un pronostic d'après le siège et la variété de l'érysipèle.

Au bout de combien de temps l'enfant peut-il prendre le sein de la mère ?

Dans les observations analysées, on voit un cas dans lequel l'enfant fut nourri pendant le temps d'un érysipèle, sans qu'il soit survenu de résultats fâcheux; une autre fois l'enfant fut mis au sein au bout de trois jours sans danger; enfin un autre enfant ne prit le sein que dix jours après la disparition complète de l'érysipèle.

Un fait dû à Scholefield nous apprend que ce n'est pas sans danger que l'enfant peut être mis au sein même après la disparition de l'érysipèle.

L'érysipèle dans ce cas était terminé au moment de la naissance de l'enfant à qui l'on présenta le sein quatre jours plus tard malgré toute recommandation ; un érysipèle se déclara au pouce droit pour de là envahir le bras et le tronc, et se terminer par la mort de l'enfant.

De ce cas Scholefield conclut :

1° Que le lait de la mère contenait un poison.

2° Que ce poison existait avec le sang, et quoiqu'il n'ait pas produit de symptômes apparents chez la mère, il était encore assez puissant pour produire chez l'enfant un érysipèle mortel. (*The american Journal.*) Dr G. Yvon.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Nécessité de l'accouchement antiseptique dans les centres populeux, par le Dr Félix Debacker, in-8° 50 pages Paris, Manon 1885.

Des accidents puerpéraux graves étant survenus coup sur coup dans le Nord, le Dr Debacker a pensé qu'il y avait lieu de remédier à cet état de choses en vulgarisant la pratique des accouchements antiseptiques. Après avoir passé en revue tout ce qui concerne les doctrines sur la fièvre puerpérale, il fait voir que l'on peut supprimer tout à fait cette terrible affection en s'astreignant à des pratiques antiseptiques rigoureuses. Un chapitre qui est très utile, c'est celui qui traite de la contagiosité de la fièvre puerpérale ; on devrait bien le faire lire à toutes les sages-femmes. Dans les chapitres suivants, l'auteur passe en revue toute la série des antiseptiques et finit par accorder la préférence aux sulfate de cuivre en solution à 1/100 et au sublimé à 1/2000. Enfin, il termine par les conclusions suivantes, auxquelles nous applaudissons de grand cœur : « La méthode antiseptique doit être adoptée *dans toutes les villes populeuses* par les médecins, accoucheuses, sages-femmes, gardes malades.

Elle offre seule des garanties et presque une sécurité complète dans l'accouchement.

En cas d'accidents puerpéraux de quelque nature qu'ils soient, elle est le remède qui, combiné avec ceux que suggère la thérapeutique, peut seul amener la guérison.

Nous avons tenu à signaler cette monographie parce qu'elle est conçue dans un but absolument pratique ; c'est un ouvrage de vulgarisation des plus utiles, et nous féliciterons l'auteur de la sollicitude avec laquelle il veille sur l'état hygiénique de son pays.

Paul Rodet.

FORMULAIRE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

—

Les doses fractionnées. — Le Dr Smith, professeur au Collège Médical de New-York, cite un certain nombre de médicaments qu'il est préférable de faire prendre à doses faibles *répétées*,—coup sur coup en quelque sorte, — qu'à doses massives.

Le *chlorate de potasse*, à haute dose, peut produire des inflammations dangereuses des reins. En donnant seulement 5 à 10 centigr. de 1/2 en 1/2 heure, on en obtient tous les effets avantageux, sans exposer les malades aux inconvénients.

Dans le traitement des névralgies, on donne, d'ordinaire, le *croton-chloral*, à la dose de 50 centigr. de 2 en 2 heures. Il est infiniment préférable d'en donner 6 à 7 centigr. *chaque demi-heure*, jusqu'à disparition de la névralgie. Une solution de 65 milligr. par cuillerée à café de véhicule approprié, dissimule la saveur du remède et ménage l'estomac contre l'action irritante de celui-ci.

C'est précisément ce qui se passe avec la *quinine* (bromhydrate) et le *napelline*. De faibles doses, fréquemment répétées, de ces deux alcaloïdes, triomphent des paroxysmes douloureux, sans fatiguer l'estomac et sans dépasser le but thérapeutique.

Les accès de migraine sont calmés par des prises de 5 *centigr. de caféine*, répétées à des intervalles de 20 à 30 minutes.

La *teinture de digitale*, prise par gouttes d'heure en heure et même plus souvent, si le désordre du cœur est plus marqué, amènera un grand soulagement sans fatigue.

La liqueur d'*arséniate de potasse*, donnée *goutte par goutte*, arrête les vomissements des ivrognes et des parturientes.

Le *jaborandi*, administré à larges doses dans la maladie de Bright, produit des effets dangereux, même mortels, par arrêt du cœur. Pris par gouttes d'extrait liquide d'heure en heure, il amène le succès sans accident.

Le Dr Smith redoute tellement les effets de ce médicament, qu'il hésite à le donner dans les cas d'urémie.

En administrant le nitrate de pilocarpine par 5 milligr. et en répétant les doses à des intervalles de 15 minutes environ jusqu'à ce que les hypersécrétions sudorale et salivaire s'établissent, on n'a rien à redouter. D'ailleurs, quand les malades tombent dans un état de dépression trop accentué, on relève l'action cardiaque par des boissons stimulantes (grog, vin chaud, thé, etc.).

L'*émétique* donné à la dose de 50 milligr. dans 1/2 verre d'eau, pris par cuillerée à café tous les quarts d'heure, calme la toux et l'oppression dans la bronchite *légère* des enfants. On pourrait employer préférablement l'*émétine* par milligr., jusqu'à ce que la détente se fasse dans l'arbre aérien, jusqu'à ce que la toux devienne grasse et facile.

Les médecins d'enfants savent combien l'émétique offre de dangers, dans les affections profondes des voies respiratoires, où le collapsus des poumons est tant à redouter.

Une goutte de teinture de *noix vomique*, donnée après les repas de *dix en dix minutes*, calme le mal de tête qui ne vient pas d'une maladie des centres nerveux.

La flatulence, avec pulsations épigastriques dont se plaignent les femmes à la ménopause, sont justiciables de 1 centigr. d'extrait de fève de Calabar pris, toutes *les demi-heures*, avant les règles.

La fève de Calabar est un tétanisant de l'intestin, on le sait. On obtient des effets similaires et peut-être plus prompts en donnant la

strychnine et l'*hyosciamine* associés (Sulf. strych., 1/2 milligr.; Hyosc. crist., 1/4 milligr.).

La *teinture de belladone* à petite dose chaque demi-heure, agit d'une manière utile dans le catarrhe nasal et la bronchite avec abondante sécrétion. La faiblesse du cœur dans l'œdème pulmonaire est aussi avantageusement combattue par ce moyen.

Le *calomel*, à la dose de 1 centigr. par heure durant 10 à 12 heures, arrête les céphalées de la syphilis. Les régurgitations de lait chez les nourrissons peuvent être arrêtées en faisant prendre, tous les 1/4 d'heure, une cuillerée à café d'un mélange dans lequel 0.065 milligr. de calomel fondu dans un peu de jus de citron, seront mêlés à un verre d'eau.

« Le *protochlorure d'hydrargyre* en présence des acides passe à l'état de deutochlorure, disent les chimistes... Le *sublimé* qui, vraisemblablement, se forme dans le mélange préconisé par le Dr Smith, agirait-il, par hasard, comme *anti-ferment* ? »

Pour combattre l'*urticaire*, le salicylate de soude par 10 ou 12 centigr. dans une cuillerée à café d'eau, est le meilleur remède et ne trouble pas la digestion. L'éruption est parfois due à de fortes doses de copahu qui n'aurait pas produit le désordre par lui-même, goutte à goutte, chaque demi-heure.

« Une excellente médication contre l'urticaire aigu, c'est celle par la *vératrine* (1/2 milligr. de 1/2 en 1/2 heure).»

—

Nouveau procédé d'administration des sels de potassium.

(PROCÉDÉ DE L. POISSON).

L'iodure de potassium dans l'asthme et la cardiopathie.

Le professeur G. Sée a démontré que l'iodure de potassium est le plus efficace des remèdes antiasthmathiques et nous savons en outre que c'est un medicament cardiaque des plus précieux.

Modificateur des muscles et surtout du myocarde il trouve de nombreux emplois : dans les dypsnées cardiaques il facilite la respiration d'une manière immédiate ; et à la dose de 0,50 cent. à 1 gr. il réussit parfaitement dans les hypertrophies de croissance et les ectasies infantiles.

Mais si l'iodure de potassium a des indications nombreuses, son emploi présente des difficultés — il s'altère promptement, sa saveur métallique, persistante et désagréable, provoque parfois de l'anorexie. Les solutions, les sirops, ne suppriment ni n'atténuent aucun de ces inconvénients et tout en ne se conservant pas en rendent le dosage dificile. Presque tous les médecins ont eu à lutter contre les répugnances qu'éprouvent un grand nombre de malades chez lesquels l'iodure de potassium est impérieusement indiqué. Certains syphilitiques, par exemple, préfèrent rester sous l'influence de leur diathèse plutôt que de se soumettre à l'iodure pour lequel ils ont une répugnance invincible.

Rendre commode l'emploi de ce médicament, en régler la dose, éviter qu'il ne s'altère, en masquer la saveur, tel est le service rendu à la Thérapeutique par le procédé M. L. Poisson. Doses à 0,25 cent. ; deux à quatre de ces pastilles au chocolat iodurées sont suffisantes dans la plupart des cas, puisque M. G. Sée conseille dans l'asthme et les affections cardiaques de 0,50 à 1 gr. d'iodure par jour. Le malade peut porter avec lui sans gêne quelques-unes de ces pastilles et s'en servir le moment venu, sans éveiller l'attention, ce que les sirops et les solutions ne permettent pas.

—

Les difficultés relatives à l'emploi de l'iodure de potassium que nous avons signalées plus haut se présentent également pour le bromure dont l'usage est aussi nécessaire.

Il n'est pas rare, en effet, de voir des épileptiques, par exemple qui doivent ingérer chaque jour des do-

ses énormes de bromure renoncer au traitement à cause des troubles gastriques qu'il détermine. Les femmes aussi ont toutes les peines du monde à se soumettre au traitement bromuré qui leur est si souvent nécessaire.

Et en effet, l'usage prolongé de ce médicament, utile d'ailleurs pour combattre les affections nerveuses dont elles sont tributaires, développe par contre, des accidents gastralgiques qui, combinés chez elles à la saveur désagréable du sel, leur en font très souvent abandonner l'emploi.

Le procédé de M. L. Poisson est donc appelé ici encore à rendre de précieux services, car il présente à la fois au malade un médicament dosé et un aliment réparateur.

Aisées à prendre, même pour les plus délicats, ces pastilles dont la conservation est indéfinie facilitent l'absorption du médicament et préviennent son action toujours fâcheuse souvent sur l'estomac et désagréable pour la muqueuse buccale.

Nous sommes heureux de signaler à nos confrères un procédé aussi simple et d'une application aussi générale et nous pensons que tous les praticiens, justement soucieux de l'intérêt de leurs malades, apprécieront le service rendu à la Thérapeutique, par M. L. Poisson.



VARIÉTÉS

HÔPITAUX DE PARIS. — Le *concours pour trois places de médecin du Bureau central* s'est terminé vendredi soir par la nomination de MM. Barié, Renault et Brocq.

Nous adressons nos sincères félicitations aux élus parmi lesquels figure notre excellent collaborateur, chargé plus spécialement de la pathologie syphilitique et cutanée, le Dr Brocq.

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — Par arrêté en date du 13 juin 1885, l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen est autorisée à jouir des droits conférés aux écoles pré paratoires réorganisées par l'article 13 du décret du 1er août 1883. Le présent arrêté aura son effet à dater du 1er novembre 1885.

— La Conférence des avocats s'est réunie la semaine dernière, sous la présidence du bâtonnier de l'Ordre, pour discuter la question suivante qui intéresse les syndicats de médecins.

« Ceux qui exercent une même profession libérale peuvent-ils se constituer en syndicat, conformément à la loi du 22 mars 1884 ? »

La Conférence a adopté la négative.

— M. le docteur Grimaud est nommé médecin-inspecteur de Barèges.

L'EXPOSITION DU TRAVAIL. — Nous rappelons à nos lecteurs que c'est en juillet prochain que doit avoir lieu, au Palais de l'Industrie, l'Exposition du travail.

La section d'Hygiène. comprenant tous les produits pharceutiques hygiéniques et chimiques, les eaux minérales, y aura certainement une extension peu commune. Le Comité de patronage, composé d'hommes connus et de savants, dont M. Paul-Bert, député, membre de l'Institut a bien voulu accepter la présidence, a été une garantie pour les grandes maisons qui ont répondu à l'appel du Comité.

La répartition des places est commencée et sera clôturée irrévocablement le 25 juin. Nous ne saurions trop engager les retardataires ou les indécis à se hâter d'adresser leur demandes d'admission à M. Louis Bour-

ne, directeur du Journal le *Travail*, à qui ont été confiées les importantes fonctions de Commissaire chargé de l'organisation de la section d'hygiène.

Les plans de cette section sont à la disposition du public dans les bureaux du *Travail*, rue de Provence, 2, Paris.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juin 1885. — Présidence de M. Bergeron.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note *sur la maladie du sommeil*, par M. le docteur Ismël Manin.

2° Une lettre accompagnant l'envoi d'un pli cacheté, par MM. les docteurs Bourru, professeur de clinique médicale, et Burot, agrégé à l'Ecole de médecine navale de Rochefort. (Accepté.)

3° L'expédition du testament par lequel M. Edmond Morin lègue à l'Académie une somme de douze mille francs pour la fondation d'un prix quinquennal à décerner à un médecin âgé de moins de 30 ans qui aura produit le meilleur travail ou montré le plus d'intelligence pour arriver à guérir l'angine couenneuse.

M. Brouardel présente, de la part de M. le docteur Fernand Roux et de M. Houdé, pharmacien, un travail manuscrit contenant la relation d'expériences qu'ils ont faites avec des alcaloïdes retirés de champignons comestibles dont ils avaient mangé sans le moindre inconvénient Ces alcaloïdes administrés aux animaux se sont montrés vénéneux ; il est vrai de dire que les champignons dont ils avaient été extraits avaient subi un commencement d'altération. Ce travail a pour titre : *Note sur quelques produits toxiques retirés des champignons comestibles*.

Eloges. — M. Féréol donne lecture d'une notice sur M. Noël Gueneau de Mussy. Cette lecture, que l'orateur, vaincu par l'émotion, a dû plusieurs fois interrompre, a été accueillie par les applaudissements unanimes et chaleureux de l'assistance.

Erysipèle. — M Verneuil est appelé à la tribune pour la lecture des conclusions de la discussion sur l'érysipèle et l'antisepsie.

Après une courte discussion à laquelle prennent part MM. Vidal, Trélat, Marc Sée, Léon Le Fort, Blot, Henri Roger, Maurice Perrin, Dujardin-Beaumetz, Féréol. Hardy et Verneuil, l'Académie décide que MM. Verneuil et Trélat se mettront d'accord pour présenter, dans la prochaine séance, une rédaction nouvelle des conclusions qui satisfasse aux desiderata exprimés par les divers orateurs au cours de cette discussion.

Opération césarienne. — M. Guéniot donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Closmadeuc (de Vannes). Ce qui frappe tout d'abord l'esprit, à la lecture des observations de M. Closmadeuc, dit M. le rapporteur, c'est la constance des succès obtenus. Trois opérations d'une extrême gravité ont été exécutés par le même chirurgien et terminées toutes trois de la manière la plus heureuse. Sur les six individus dont l'existence était en jeu, trois mères et deux enfants ont été sauvés ; le troisième l'eût été comme les autres, si sa mort ne fût survenue avant l'intervention dé M. Closmadeuc. Mais ce qui doit

causer plus de surprise encore, c'est que ces résultats si remarquables ne sont le fruit ni d'une méthode opératoire nouvelle, ni de moyens de traitement nouveaux. Dans les trois cas, en effet, le chirurgien a eu recours au procédé classique : incision sur la ligne blanche, ouverture de la paroi antéro-supérieure de l'utérus, réunion de la plaie abdominale à l'aide d'une simple suture entortillée. Toutefois sans s'astreindre aux minutieuses précautions de la méthode de Lister, il a utilisé, pour les pansements, les lavages phéniqués, ainsi que des feuilles d'ouate maintenues par un bandage de corps. Mais c'est là une pratique devenue presque vulgaire en chirurgie et qui n'a pu décider à elle seule l'excellence des résultats.

M. le rapporteur les explique à la fois par la chance heureuse, la constitution, les habitudes de vie et une force de résistanee exceptionnelle à la maladie, et enfin par une remarquable habileté chirurgicale chez l'opérateur.

M. Larrey demande que le nom de M. le docteur Closmadeuc soit inscrit dans un rang honorable sur la prochaine liste des candidats au titre de membre correspondant.

— l'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection des commissions de prix pour l'année 1885 : Ces commissions se composent de la manière suivante :

Prix de l'Académie : MM. Verneuil, Perrin et Lannelongue. — *Prix Portal* : MM. Hérard, Bucquoy et Peter : — *Prix Civrieux* : MM. Lanceraux, Dechambre et Mesnet. — *Prix Capuron* : MM. Blot, Brouardel et Hervieux. — *Prix Barbier*. : MM. Vulpian, G. Sée et Bernutz. — *Prix Godard* : MM. Legouest, Cusco et Rochard. — *Prix Desportes*. MM. Féréol, Siredey et Vidal. — *Prix Buignet* : MM. Regnaud, Giraud-Teulon, Schutzenberger. *Prix Daudet* : MM. Fournier, Bourdon et Besnier. — *Prix Vernois* : MM. Gueneau de Mussy (H.), Colin (L.) et Lagneau. — *Prix Amussat*. MM. Tillaux, Marc Sée et Le Fort (Léon). *Prix Itard*. — MM. Hardy, Roger et C. Paul.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 *juin* 1885. — Présidence de M. Horteloup.

Taille hypogastrique. — M. Terrillon communique l'observation d'un homme de soixante-quatre ans qui, après avoir eu seulement trois légères hémorrhagies en urinant, sans aucune douleur, fut pris, au mois de janvier, d'envies fréquentes d'uriner. M. Olive (de Nogent-sur-Seine) l'envoya à M. Terrillon pour être examiné. Celui-ci, après l'avoir chloroformé, reconnut facilement dans la vessie la présence d'un petit calcul ; puis il crut sentir un corps dur sur le fond même de la vessie. Il commença par extraire facilement la première pierre par la lithotritie. Ayant eu de nouveau la sensation d'un corps dur, il se décida aussitôt, assisté de M. Monod, à pratiquer la taille hypogastrique selon le procédé de Petersen. Il trouva ainsi cinq calculs qu'il put extraire avec la plus grande facilité. Le malade a très bien guéri.

M. Monod fait ressortir l'immunité de la taille hypogastrique et l'utilité incontestable de cette opération dans des cas analogues à celui que vient de présenter M. Terrillon. Toute autre taille, en effet, dans des cas de ce genre, aurait laissé un calcul.

De l'incision périnéale dans les abcès prostatiques. — M. Second donne lecture d'un travail sur les avantages de l'incision périnéale dans les abcès prostatiques. (Comm. : MM. Sée, Pozzi et Reclus.)

M. Nicaise présente, de la part de M. Gentilhomme (de Reims), une *sonde cannelée dilatatrice* destinée à faciliter la trachéotomie crico-thyroïdienne, plus particulièrement l'incision et la dilatation. Cet instrument peut servir à beaucoup d'autres usages.

M. Terrillon présente le moule des mains d'un malade âgé de vingt-six ans qui porte aux extrémités de chaque doigt des *lésions ulcéreuses* avec un épaississement épidermique considérable autour des ulcérations. Il y a de l'anesthésie sur les doigts ainsi altérés. Ce sont donc là des troubles dépendant du système nerveux. M. Fournier considère ce malade comme un tabétique syphilitique. Il y a déjà beaucoup d'amélioration dans l'état de ce malade depuis que ses mains sont soustraites à toute cause de frottement.

M. Trélat rappelle avoir, dans une leçon faite à Necker, attiré l'attention sur des faits analogues qu'il avait désignés sous le nom de troubles trophiques accompagnant le mal perforant. La duplicité et la symétrie de ces lésions indiquent bien leur origine profonde et centrale. Ce ne peut être que dans la moelle que réside la cause anatomique de ces troubles.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE.

Séance du 11 *mai* 1885. — Présidence de M. Henri Huchard.

Le secrétaire général donne lecture de la correspondance manuscrite et imprimée.

Le secrétaire annuel donne lecture du procès-verbal.

A l'occasion du procès-verbal, M. Michel fait une rectification relative à la présentation par M. le Dr Gellé d'un travail sur la **valeur sémiotique de l'épreuve du diapason-vertex**. Ce travail, très complet, montre toute la valeur de l'épreuve par le diapason-vertex pour la détermination de l'état de sensibilité des nerfs acoustiques. L'auteur arrive aux conclusions suivantes:

1° Si cette épreuve est positive c'est que les deux nerfs acoustiques sont sensibles.

2° Quand l'épreuve est négative, on ne peut cependant pas en conclure que le nerf auditif est ou atrophié ou paralysé comme on le croyait jusqu'ici ; dans le cas de résultat positif, on ne fait que constater la persistance de la sensibilité des nerfs auditifs, mais on n'a aucun élément d'appréciation qui permette de préjuger de la mesure de cette sensibilité du nerf sensoriel.

L'hypéresthésie sensorielle, d'un côté, peut, de prime abord égarer le jugement dans cette appréciation, car elle peut à elle seule amener la latéralisation du son du diapason-vertex, et les pressions centripètes causent alors des phénomènes subjectifs par leur action sur le labyrinthe.

La latéralisation classique du côté sourd est en rapport avec les lésions et obstacles placés sur le trajet de l'onde sonore au dehors. La constataion permet d'exclure la participation de l'étrier et du labyrinthe à la lésion auriculaire.

Les résultats négatifs de l'épreuve du diapason-vertex sont

absolument liés à l'état des fenêtres ovales et rondes, bien plutôt qu'à l'état du labyrinthe, fenêtres qui peuvent être comprimées, sur lequel l'étrier peut être immobilisé ou soudé par quelque fausse membrane résultant de l'organisation d'exsudats inflammatoires.

Les résultats donnés par l'épreuve du diapason-vertex trouvent de nouveaux éléments de confirmation quand ils sont en concordance avec les résultats donnés par l'emploi de la douche d'air, par l'aération des caisses.

Les modifications que cette aération méthodique imprime à l'audition du diapason-vertex sont la démonstration palpable de la subordination de celle-ci aux conditions anatomo-pathologiques de l'appareil transmetteur, l'ankylose de l'étrier et l'enfonçure générale de l'appareil de conduction, comprimant et immobilisant l'étrier non soudé, produisent le même effet secondaire que la réouverture de la voie osseuse, et cependant les conditions des deux transmissions sont sinon indépendantes, au moins séparées.

L'épreuve d'audition du diapason-vertex combiné soit avec les pressions centripètes, soit avec l'auscultation transauriculaire, permet d'étudier la mobilité de la platine de l'étrier et l'état des fenêtres, le tympan masquant le fond.

L'absence de résultat, ou l'épreuve négative, n'a de gravité que si malgré la pénétration de la douche d'air la latéralisation reste fixe, soit du côté entendant, soit du côté sourd.

L'immobilisation et l'enclavement de la platine de l'étrier par enfonçure générale de l'appareil vers la paroi labyrinthique (lésions communes) ou par l'ankylose de cet osselet dans la fenêtre ovale sont les seules lésions qui arrêtent d'une façon sûre la transmission des sons solidiens au labyrinthe.

Les épreuves positives et latéralisées, à résultats mobiles ou non, indiquent nécessairement la mobilité conservée de la platine de l'étrier et de la fenêtre ronde.

L'épreuve du diapason-vertex donne toujours à l'état normal une sensation inférieure en intensité à l'audition du diapason placé à 3 ou 4 centimètres du conduit auditif.

A l'état normal on déplace *ad libitum* le maximum, c'est-à-dire qu'on latéralise à volonté le son.— Cela cesse souvent d'être possible dans l'état morbide : au point de vue du pronostic, c'est toujours meilleur signe si le son est latéralisé du côté sourd.

La mobilité des résultats sous l'influence de la douche d'air est aussi d'un bon pronostic.

En thèse générale, chacune des méthodes d'observation doit prêter son appui à l'épreuve du diapason-vertex ; cet appui est indispensable pour asseoir un jugement sérieux sur l'état de la joue et de la fonction de l'ouïe.

Le procès-verbal avec la modification réclamée par M. Michel est mis au voix et adopté.

M. PUY-LE-BLANC offre à la Société un travail sur le *traitement hydro-minéral de l'eczéma secrétant à son début par les eaux de Royat.*

Malgré l'opinion généralement répandue que le traitement thermal ne saurait convenir dans les maladies cutanées à l'état aigu, M. Puy-le-Blanc s'attache à démontrer que cette proscription est trop sévère et que chez les malades arthritiques atteints d'eczémas aigus sécrétants l'emploi des eaux de Royat à l'intérieur (source St-Marc ou d'Eugénie), à l'extérieur en bains à l'eau non courante et coupés par de l'eau ordinaire ou en douches locales pulvérisées, si le malade est bien surveillé, si la cure est conduite avec prudence, ne peuvent qu'être utiles aux malades au lieu de leur être nuisibles. L'auteur rapporte, à ce sujet, l'observation de 4 malades et reproduit la discussion qui eut lieu à ce sujet au sein de la Société d'Hydrologie médicale de Paris.

M. le président souhaite la bienvenue à M. le Dr Yot (de Versailles), qui assiste pour la 1re fois à la séance.

M. le Dr Rigollet présente, à l'appui de sa candidature de membre associé, un travail sur la **cocaïne.** M. Leblond est nommé rapporteur scientifique.

MM. Pennel et Tripet sont nommés rapporteurs moraux.

M. le secrétaire général a la parole pour la lecture des lettres de remerciements à la Société de M. Poulet et de M. Desplats, nommés membres correspondants dans la dernière séance.

M. Pennel a la parole pour la lecture de ses rapports sur la communication de M. le Dr Latty, de M. Marcigney et de M. Berne **sur les manifestations osseuses de la syphilis héréditaire tardive.** Ces rapports concluent à l'insertion dans le Bulletin de la Société. La conclusion est renvoyée au comité de publication.

M. Tripet communique son rapport moral sur les candidats et conclut à l'admission.

La parole est à M. Deniau pour la lecture de son rapport sur la candidature de M. le Dr Lafosse au titre de membre correspondant de la Société. Le rapport conclut à l'admission.

M. Bouloumié a la parole pour une communication **sur l'influence des eaux de Vittel et de Contrexéville avant et après la taille.**

Le titre de la communication, dit M. le Dr Bouloumié, devrait être : « Des indications et surtout des contre-indications des eaux de Contrexeville et de Vittel avant et après la taille. »

Les eaux sont en effet contre-indiquées chez les malades porteurs de pierre dans la vessie et surtout s'il y a quelques symptômes de cystite ou seulement d'excitation vésicale. Mais ce qui complique le problème, c'est qu'il est des malades porteurs de pierre qui ne le savent pas; d'autres qui se croient calculeux et qui ne le sont pas; d'autres, en assez grand nombre, qui procédent d'office à la cure hydro-thermale, se fondant sur des ouï-dire et sans s'être fait au préalable examiner par les médecins. Dans d'autres cas l'examen n'a donné que des résultats douteux et ni le malade, ni le médecin ne savent s'il s'agit ou non d'une pierre vésicale.

Règle générale, toutes les fois qu'il y a un doute sur ce point

il faut procéder par un traitement atténué d'autant plus que la cystite, si simple cystite il y a, ne se trouvera que mieux des hésitations du traitement.

Il arrive, comme l'ont vu le Dr Brongniart et l'auteur, que par suite des exagérations des malades, la cystite qui n'existait encore qu'à l'état latent avec ou sans calcul vésical, éclate et impose d'une façon urgente la cessation du traitement.

Cela est assez dire qu'il ne faut pas envoyer à Vittel les calculeux, avec ou sans cystite. Dans ce cas, il faut, au préalable, enlever le calcul, puis faire faire une cure à Vittel. Dans ces conditions, les résultats qu'on obtient sont réellement remarquables. Il en est de même pour la simple gravelle vésicale. Dans les cas de stagnation urinaire Vittel, comme tous les diurétiques, est absolument contre-indiqué, de même que dans ces gravelles urinaires où on peut soupçonner un peu de cystite du col ou lorsqu'il y a gravelle phosphatique.

A propos de ces questions de contre-indications des eaux minérales, le médecin consultant se trouve souvent en présence d'un problème de déontologie médicale dont la solution est dans l'emploi d'un traitement anodin ou dans la recherche de moyens dilatoires qui rendent service au malade sans nuire à la réputation du praticien qui a pu ordonner les eaux sans en connaître les dangers.

En revanche, les eaux de Vittel donnent d'excellents résultats dans les suites de taille et de lithothritie. Sous leur influence, on voit cesser ou diminuer la pollakiurie et le catarrhe vésical.

M. Dauchez a la parole pour sa communication sur un cas de rappel d'hystérie **chez un jeune garçon consécutivement à une contusion du nerf cubital.**

Dans cette intéressante communication, M. Dauchez fait ressortir : 1° la nécessité de toujours explorer attentivement et complètement l'état de la sensibilité d'un membre fracturé en raison de la possibilité d'une contusion nerveuse ou d'une paralysie d'origine névropathique, sinon d'une déchirure ou d'une lésion traumatique du filet nerveux.

2° La gravité des symptômes que peuvent provoquer chez les névropathes les lésions nerveuses les plus minimes; celles-ci pouvant réveiller des accidents névropathiques redoutables longtemps, très longtemps après, comme dans le cas présent (un an).

M. Huchard rappelle ces cas de blépharospasme intense déterminés chez les névropathes par l'entrée d'un simple grain de poussière dans l'œil ; ces cas de contractures tenaces suite d'une légère contusion prouvant que les névropathes sont toujours en état d'opportunité morbide, susceptibles d'entrer en jeu à la moindre provocation.

M. le Président consulte la Société sur la question du local.

Sur la proposition de M. Cadet de Gassicourt, la Société décide de surseoir à toute détermination jusqu'à ce que les membres de la commission aient vu tous les locaux et désignent celui qui réunit les meilleures conditions.

MM. Picart et Cadet de Gassicourt sont adjoints à la commission nommée à cet effet.

Il est procédé au vote pour la nomination d'un second secrétaire annuel. — M. Leblond est nommé.

MM. Berne, Marcigney et Latty sont élus membres associés.

M. Lafosse est élu membre correspondant.

M. Vigier présente, de la part de M. Godin, un nouvel appareil pour l'inhalation de l'oxygène et un nouveau taffetas gommé aseptique, dit de Le Perdriel préparé par M. Bideau.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Le Secrétaire,
Dr Deniau.

Séance du 25 mai. — Présidence de M. Huchard.

La correspondance manuscrite comprend :

Des lettres de MM. Schwartz, Courserant et Leblond, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance. Des lettres de MM. Poulet (de Plancher-les-Mines) et Latty, remerciant la Société de leur admission.

M. le Secrétaire général adjoint adresse, au nom de la Société, des félicitations à M. Huchard pour les récompenses que l'Académie lui a récemment décernées.

A son tour, M. Huchard signale à la Société la distinction que l'Académie vient de décerner à M. Eloy, membre de la Société.

En même temps M. le Président annonce que M. Neumann vient d'être nommé officier d'Académie.

Une lettre de candidature de M. le Dr A. Pedebidou, candidat au titre de membre correspondant.

M. Barette est nommé rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

La *Revue medicale française et étrangère* ; une note intitulée : *Informations et documents divers*, envoyée par l'Association Française pour l'avancement des sciences ; le discours prononcé par M. R. Goblet, ministre de l'Instruction publique, le 11 avril 1885, à la séance de clôture du Congrès des Sociétés savantes à la Sorbonne. Une brochure intitulée : *De la réglementation de l'Art dentaire en France*, par le Dr David.

M. Descroizilles fait une communication **sur quelques points de thérapeutique infantile.**

M. Descroizilles a expérimenté dans son service la teinture vésicante fabriquée par M. Bidet, pharmacien à Nogent-sur-Marne, et s'en est fort bien trouvé. Cette préparation n'est pas un remède secret, puisque la formule en est connue : elle consiste à épuiser la poudre de cantharides (1,000 grammes) par une quantité suffisante de chloroforme, et à ajouter ensuite 100 grammes de cire blanche, pour donner plus de consistance au produit. Expérimentée déjà par M. Vidal, dans le traitement de la pelade, la teinture vésicante a donné de très bons résultats à M. Descroizilles, qui la considère comme un moyen d'un emploi très commode et très avantageux dans la médecine des

enfants. En effet, le vésicatoire ainsi appliqué ne se déplace pas : quatre fois sur cinq en moyenne, la vésication a été obtenue plus ou moins rapidement, au maximum en trois heures de temps. On doit, suivant le résultat qu'on veut obtenir, appliquer de une à quatre couches de badigeonnage, après avoir agité le liquide.

Répondant à M. Descroizilles, M. Huchard reconnaît qu'en vantant le vésicatoire Bidet on se trouve sur une pente glissante, puisqu'il s'agit de spécialité. Mais, sans s'enthousiasmer, on doit recommander les bonnes spécialités.

Depuis cinq mois, M. Huchard emploie le vésicatoire Bidet à l'hôpital Bichat : il en retire de très grands avantages : 1° Fixité du vésicatoire ; 2° Forme facultative ; 3° Moins de cystites cantharidiennes observées (personnellement, M. Huchard n'en a pas observé de cas).

M. Descroizilles, lui non plus, n'a pas observé d'accident de cystite.

M. Descroizilles parle ensuite de **l'emploi de l'antipyrine chez les enfants**. Il l'a employée 5 fois avec suite, aux doses variables de 40 à 50 centigrammes pour les premières ingestions jusqu'à 1 gramme et même 1 gr. 20 centig. ; l'antipyrine était donnée sous forme de poudre, mélangée à de l'eau ou à du café noir. Dans un 1er cas, il s'agissait d'une rechute de fièvre continue avec température vespérale de 40 à 41°, celle du matin étant de 39 à 39°5. L'antipyrine donnée aux doses de 50, 60 et 80 centigr., fit baisser la température du soir au degré de celle du matin ; toujours la température resta supérieure à 38°, 38°5.

Dans le second cas, il s'agit d'un tuberculeux, ayant une température vespérale de 40°, qui prit jusqu'à 1 gr. 20 de médicament sans modification de la température.

Dans le 3e cas, fièvre continue à forme thoracique, la température vespérale était de 40° à 40°5. L'antipyrine ne donna aucun résultat, non plus que les 4e et 5e cas, fièvres typhoïdes à températures vespérales de 39°6 à 39°8.

On a reproché à l'antipyrine de prolonger les convalescences : rien ne le prouve d'une façon absolue.

La dose de 1 gr. à 1 gr. 20 a été donnée à des enfants de 14 ans. Il n'y eut pas de sueurs hormis chez le tuberculeux.

M. Cadet de Gassicourt n'a pas vu la marche de la fièvre typhoïde modifiée par l'antipyrine, mais la température a été baissée : la dose a été poussée jusqu'à 2 gr. 50 cent.

Le résultat obtenu a varié selon la provenance du médicament. L'antipyrine fournie par l'usine de Creil a donné plus de résultats que celle des hôpitaux : avec celle-ci, pas de sueurs dans les fièvres typhoïdes ; avec l'antipyrine de Creil, sueurs excessives, à forte dose ; de plus, à doses fractionnées, les sueurs étaient d'autant plus abondantes que la dose était plus forte.

Dans deux cas, M. Cadet de Gassicourt, observa des rougeurs vives de la peau, analogues à celles qui se manifestent lorsqu'on a donné du chloral à haute dose : rougeurs fugaces d'ailleurs

qui ne se sont pas produites avec l'antipyrine des hôpitaux et, n'ont été observées qu'avec celle fournie par l'usine de Creil.

Avec l'antipyrine des hôpitaux, peu d'abaissement de température. Avec l'antipyrine de Creil, *toujours* abaissement de température.

Comment agit l'antipyrine? Nullement comme le sulfate de quinine. Elle n'agit pas sur la fièvre, ne la prévient pas n'agit que contre la *thermie*: la durée de son action est de 2, 3, 4 heures, au bout desquelles la température revient au point initial.

L'action de la bonne antypirine a toujours été constante, mais accompagnée des inconvénient signalés : sueurs, rougeurs. M. Cadet de Gassicourt n'a pas observé de collapsus.

Quel a été le résultat obtenu contre la fièvre typhoïde?

Nul, au point de vue de la marche.

Dans le rhumatisme, mêmes résultats nuls.

Dans la bronchopneumonie, où la marche de la maladie est variable selon les poussées congestives, l'action de l'antipyrine est difficile à préciser.

Dans la scarlatine M. Cadet de Gassicourt s'est si bien trouvé des bains froids pour combattre l'hyperthermie, qu'il n'a pas essayé l'antipyrine.

M. Descroizilles n'a eu de résultat que dans le cas où l'antipyrine lui avait été fournie par un pharmacien. L'antipyrine des hôpitaux n'a presque rien donné.

M. Huchard constate qu'il y a de bonnes et de mauvaises qualités d'antipyrine.

L'action est antithermique, non antifébrile ; il n'y a pas d'action sur le pouls.

D'une façon générale, on ne doit pas employer d'antithermique, mais un *antihyperthermique*, lorsque la température trop élevée met en danger les jours du malade.

L'antipyrine sera donc indiquée dans la scarlatine, la fièvre typhoïde et le rhumatisme cérébral avec hyperthermie.

Dans le rhumatisme, M. Huchard n'a presque rien obtenu. M. Bernheim vient de démontrer l'action de l'antipyrine à la dose de 6 à 8 grammes par jour ; dans le rhumatisme articulaire aigu, il obtient un abaissement rapide de la température avec diminution et même suppression des douleurs.

M. Bouloumié demande ce qu'on observe dans les cas de lésions rénales ; quelle est la durée de l'élimination.

M. Huchard n'a constaté aucun phénomène toxique, même dans les congestions rénales avec albuminurie.

M. le Président adresse la bienvenue à MM. Gouguenheim, Marcigney et Latty, qui assistent pour la première fois à la séance.

La Société décide, à la majorité des membres présents, qu'il n'y aura qu'une séance en juin et juillet.

La séance est levée à 5 h. 3/4.

Le secrétaire,
Dr Tripet.

Le Gérant: Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

209.— Excellent poste médical à prendre *de suite* dans la Gironde. Nombreux villages à desservir. On offre gracieusement à titre d'essai pendant un mois et sans aucune indemnité, maison montée, linge, argenterie, vaisselle, écurie et remise avec nourriture des chevaux et personnel nécessaire à l'entretien.

208.— Un médecin retiré à 50 ans, désire être utilisé comme médecin consultant, soit dans une station thermale, soit aux bains de mer, ou dans un établissement hydrothérapique. — S'adresser au bureau du journal.

207.— Un confrère, installé à Paris, depuis 3 ans, dans un très bon quartier échangerait une clientèle d'un rapport de 6,000 fr. touchés contre une bonne clientèle de province. — s'adresser au bureau du journal.

206. — La commune de St-Lambert du Hattay (Maine-et-Loire), demande un jeune médecin. Bonne position. Il n'y a de médecin, qu'à dix kilomètres.

205.— A céder pour raison de santé dans un chef-lieu de canton à proximité de Paris, une clientèle médicale dont le produit est de 10.000 fr. dont 2.000 fr. de fixe. Conditions avantageuses ; — s'adresser au bureau du journal.

204. — La commune de Zéraïa, département de Constantine, demande un médecin. — Le conseil municipal a voté une somme de 4,000 francs pour le traitement du médecin qui s'installera dans cette commune. Il pourra faire la pharmacie. — s'adresser au Maire de Zéraïa.

203.— Excellente clientèle médicale à prendre de suite, à Montcenis (Saône-et-Loire). Avantages divers : 4.000 francs. — s'adresser au Maire.

202.— Bon poste médical à céder de suite à Solesmes (Nord). — Produit probable pour la première année : 17 à 18.000 francs, susceptible d'augmentation. — s'adresser au Dr Grégory, à Solesmes (Nord).

201.— A prendre, à 150 kilomètres de Paris, un poste médical donnant une moyenne de 8 à 10,000 francs. Le titulaire actuel céderait sans rétribution à un jeune docteur actif, et resterait à sa disposition pendant le temps nécessaire pour lui faire connaître la clientèle. — s'adresser aux Nouveaux Remèdes, 41, rue J.-J. Rousseau, Paris.

200.— Bonne Clientèle médicale à prendre de suite à Crésantignes (Aube). Elle se compose de plus de 5.000 habitants repartis en 16 communes. — S'adresser au maire de Crésantignes.

199.— Excellente clientèle médicale à prendre de suite à Arc-et-Senans (Doubs). Commune de 1.300 habitants, station de chemin de fer, bureau de poste, plusieurs usines. — s'adresser à M. le Maire d'Arc-et-Senans (Doubs).

198 — A prendre gratuitement en Bretagne et par suite de décès, bon poste médical d'un produit de 5 à 7.000 fr. susceptible d'augmentation. — s'adresser au bureau du journal.

197. — Bonne position à prendre à Bréhémont (Indre-et-Loire). Fixe 1.000 f. La commune ne compte pas d'autre médecin et pas de pharmacien. — s'adresser au maire de Bréhémont (Indre-et-Loire).

196. — A céder excellent poste médical, à 1 h. 1/2 de Paris. Conditions avantageuses. Chemin de fer. Dix communes à desservir. Rayon de population 6000 hab. On céderait installation, mobilier et voiture. — s'adresser au bureau du journal.

195.— Belle clientèle à céder sous conditions dans un bourg de 2000 habitants, à 1 heure d'Orléans. La population à desservir est de 6000 habitants environ. Revenu annuel 10 à 12,000 fr environ, dont 2000 à 2500 de fixes.— s'adresser au Dr Mouly, 3, rue de l'Odéon.

194. — Un docteur offre de remplacer temporairement un confrère malade ou qui désirerait s'absenter. — s'adresser au bureau du journal.

192. — Un jeune docteur en médecine, désirerait remplacer un confrère à Paris, pendant les vacances. — s'adresser au bureau du journal.

190. — Un docteur en médecine de la Charente-Inférieure offre à titre d'essai, pendant trois mois à un jeune confrère la gérance d'une clientèle aux conditions suivantes :

La moitié du produit de la clientèle ; de plus le prenant aurait à sa diposition, à titre gracieux, une bonne, un domestique, un cheval, une voiture, le logement.

Comme il n'y a pas de pharmacien, le titulaire actuel prendrait à sa charge entière la fourniture des médicaments, mais conserverait pour lui un fixe de 1.200 fr. (annuel). Après ces trois mois d'essai le titulaire prend l'engagement de céder ladite clientèle et le fixe, le tout gratuitement (sous certaines réserves).

Cette clientèle qui date de 80 ans ne peut être conservée par le titulaire pour raison de famille; — s'adresser au bureau du journal.

191.— Un confrère désirerait s'associer à la direction d'un établissement hydrothérapique ou de tout autre établissement se rattachant à l'art de guérir. — s'adr. au bur. du journal

187 — Un jeune docteur prendrait un poste médical, mais avec un certain rapport annuel assuré. — S'adresser à M. E. Brugère, 9, Allées Damour à Bordeaux (Gironde).

186 — Clientèle médicale à céder *de suite*. Produit 7.000 fr. susceptible d'augmentation. Pas de pharmacien. Peut se faire sans cheval. Résidence charmante sur le bords de la Seine, à 2 kilom. d'une station de chemin de fer à 3 heures de Paris. — s'adresser au bureau du journal.

185. — Clinique et clientèle ophthalmologique à céder dans une grande ville de province au centre de la France. Bonnes conditions ; — s'adresser au Dr Onimus, 7, place de la Madeleine, Paris.

183. — Position à prendre. — On demande un médecin pour la commune du Baugy (Cher). 1.600 habitants. Le canton à 13.000 habitants. — *Grand avenir*. — S'adresser à M Nourisset, propriétaire à Baugy (Cher).

226. — A céder bonne et ancienne clientèle en pleine activité, à 4 kilomètres d'un important chef-lieu de canton, dans la Charente-Inf. ; — s'adresser au bureau du journal.

220. — Clientèle à céder pour cause de maladie dans une ville de l'Eure. Rapport de 10 à 14.000 fr. ; — s'adresser au bureau du journal.

181.— Bon poste médical à prendre dans un chef-lieu de canton de la Nièvre, sur une ligne de chemin de fer. Pas de pharmacien; — s'adresser au bureau du jounal.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS
Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

REVUE PROFESSIONNELLE.

LES SYNDICATS MÉDICAUX SONT-ILS AUTORISÉS ?

Nos lecteurs ont été tenus au courant de la discussion relative aux syndicats médicaux et connaissent les arrêts rendus à cet égard par les tribunaux de Caen et de Domfront. Nous apprenons, aujourd'hui, que la conférence des avocats de Paris vient de donner un avis défavorable aux médecins, qui ne pourraient légalement se constituer en syndicats. En attendant que la question ait été résolue par la Cour de cassation, nous publions aujourd'hui une consultation favorable aux professions libérales, et qui émane d'un jurisconsulte occupant une des plus hautes fonctions de l'État.

« Vous m'avez consulté sur le point de savoir si les médecins

FEUILLETON

LA MÉDECINE ANECDOTIQUE.

LE LIVRE DES CONVALESCENTS, — DEUX CHANSONS D'EMILE TILLOT.

Un rédacteur du *Matin* qui est allé « interviewer » Coquelin Cadet nous annonce que l'illustre comédien doit publier prochainement, chez Tresse, le livre des convalescents qui doit nous faire oublier les vers de Camuset, notre poète médical national. Voici le résultat de l'interview du reporter avec Coquelin.

— Pourquoi publiez-vous une édition nationale de vos œuvres ?

— Ce n'est pas ma faute. L'éditeur Tresse, un homme charmant mais très cramponnant, passait les nuits sur le paillasson de ma porte. Il me demandait la grâce de publier ce livre ou la mort. Je suis clément, je lui ai donné l'autorisation d'éditer le *Livre des Convalescents*, une œuvre très remarquable qui, je l'espère, me vaudra le prix Monthyon en attendant qu'elle me prépare une place au Panthéon.

pouvaient se constituer en syndicats professionnels conformément aux dispositions de la loi du 21 mars 1884, et jouir des avantages que cette loi accorde aux sociétés professionnelles.

L'article 2 de cette loi déclare que « les syndicats ou associations « professionnelles même de plus de vingt *personnes* exerçant la « même *profession*.........., pourront se constituer librement, « sans l'autorisation du gouvernement. »

Le mot *personne*, d'une portée générale, montre bien que le législateur n'a pas prétendu restreindre l'application de la loi aux seuls *ouvriers* ; de plus, le mot *profession*, qui ne comporte pas seulement l'exercice d'un métier manuel, mais de tous travaux réguliers et habituels entraînant rétribution ou salaire, s'applique à tout emploi actif et indépendant en dehors des cadres des administrations officielles.

Cette volonté du législateur s'est manifestée nettement dans une déclaration portée à la tribune du Sénat, par M. Tolain, rapporteur de la loi.

« On a cru tout d'abord, dit-il, parce que la commission s'était « servie des mots *syndicats professionnels*, qu'elle voulait en « restreindre, limiter et circonscrire l'application aux seuls ou- « vriers qui travaillent manuellement, aux ouvriers industriels. « Jamais elle n'a eu une telle pensée; elle espère bien, au contraire,

---

Vous savez que j'ai la réclame en horreur. Tous les comédiens, en effet, sont des gens modestes qui s'évanouissent en apercevant leur nom imprimé dans un journal. Moi, cela me donne la jaunisse. Cependant, dites bien que dans ce livre que j'ai composé pour distraire ces pauvres convalescents, pour leur faire oublier l'odeur des *thomas* et des *cataplasmes*, j'ai poursuivi une œuvre humanitaire qui mérite d'être encouragée.

Oui, reprend le comédien-auteur avec des larmes dans la voix, ces pauvres convalescents ! ils sont là faibles, ennuyés, le soleil leur donne des tentations qu'ils ne peuvent satisfaire, le printemps des souvenirs qu'ils ne peuvent faire renaître, ne méritent-ils donc pas qu'on s'occupe d'eux ?

C'est pour eux que j'ai écrit ce livre joyeux... comme ceux de Rabelais.

— Vous êtes modeste.

— N'est-ce pas ! J'ai la réclame en horreur; mais n'oubliez pas de dire que jamais aucun écrivain n'a su désopiler la rate

« que la loi qui vous est soumise est une loi très large, dont se « serviront un très grand nombre de personnes auquel tout d'a- « bord on n'avait pas pensé : les gens de bureau, par exemple, les « comptables, commis, employés de toute espèce. En un mot, « toute personne qui exerce une *profession*, ainsi qu'il est dit dans « la loi, aura le droit de se servir de la nouvelle législation que « vous allez voter. »

C'est sous l'impression produite par ces paroles, et sans qu'aucune contradiction se fût manifestée, que l'article fut voté.

La circulaire du 25 août 1884, s'inspirant de cette intention nettement formulée du législateur, porte :

« Que la loi est faite pour tous les individus exerçant un métier « ou une profession, par exemple, les employés de commerce, les « cultivateurs, fermiers, ouvriers agricoles, etc....... »

La même circulaire contient encore le passage suivant :

« Le laconisme de la loi, qui est tout à l'avantage de la liberté, « pourra causer au début quelques hésitations et quelques incerti- « tudes. Il serait difficile de prévoir à l'avance toutes les difficultés « qui pourront surgir. Elles devront toujours être tranchées dans « le sens le plus favorable au développement de la liberté. »

Dans ces conditions, j'ai pensé que les fonctions des médecins, constituant dans leur ensemble, et à proprement parler, l'exercice

---

de ses lecteurs comme moi. *Le livre des convalescents* est un chef-d'œuvre, et, entre nous, Victor Hugo n'en a jamais fait autant.

—

En attendant l'apparition de ce livre, nous donnons à nos lecteurs deux chansons d'Emile Tillot, qui leur feront attendre patiemment l'œuvre immortelle de Coquelin Cadet.

L'APPLICATION DU FORCEPS

Il est minuit ; à la salle de garde
L'interne dort comme en un paradis.
Madame Cinq, Monsieur, ça vous regarde,
Près d'accoucher vous réclame à grands cris.
L'interne accourt et son doigt le rassure,
Le col est large, et la tête est en bas.
Oyant le cœur en son lointain murmure,
Il dit : Fœtus, que ne passes-tu pas !

d'une profession ; que, d'autre part, les médecins ayant des intérêts professionnels nettement définis et même reconnus par certains règlements, ceux-ci pouvaient profiter des dispositions de la loi du 21 mars 1884.

C'est ainsi que le dépôt des statuts effectué par un certain nombre de syndicats de médecins a été considéré comme régulier et valant constitution de société, conformément à l'article 2 de la loi.



REVUE CLINIQUE

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL DÉTERMINÉ PAR UNE INJECTION INTRA-UTÉRINE ET PAR L'INTRODUCTION DE CONES D'ÉPONGE PRÉPARÉE DANS LE COL (1).

TENTATIVES D'EXTRACTION PAR LE FORCEPS. — *VERSION* PODALIQUE ET EXTRACTION.

Par M. Wasseige.

N... (Marie), née à Housse, domiciliée à Grivegnée, âgée de 28 ans, d'un tempérament lymphatique, vit dans une certaine aisance. Elle sait lire et écrire.

(1) Mémoire lu à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, dans la séance du 11 juin 1885.

Dépêche-toi, petite créature,
Ta pauvre mère en toi met son espoir,
Fille ou garçon, belle ou laide figure,
Elle t'attend, heureuse de te voir.
De blancs habits composent ta layette,
Pour être au monde, il te suffit d'un pas.
Viens essayer cette belle toilette.
L'enfant dit : Non ! Je ne passerai pas.

Dépêche-toi, gracieux petit être,
Tu n'es pas seul, d'autres sont plus pressés.
Tu me feras ainsi manquer, peut-être,
Quelques enfants à venir empressés.
A leur secours bientôt on me réclame,
Viens avec eux commencer tes ébats.
Une douleur, poussez, poussez, Madame.
Mais l'enfant dit : Je ne passerai pas.

Dépêche-toi, cette salle est glacée,
J'ai pris l'onglée en ce maudit local,
Et par le froid ma main paralysée
Peut mal couper ton lien ombilical.

Le bassin de cette femme est rétréci suivant le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. D'après la mensuration digitale et instrumentale, le diamètre utile de ce détroit est de huit centimètres. N... a commencé à marcher à onze mois ; elle ne présente aucune déviation des membres, ni aucune autre déformation du squelette que celle signalée au détroit supérieur.

Elle a été réglée pour la première fois à 17 ans ; ses menstrues, d'une durée de trois jours, ont été très régulières. Elle ne se souvient pas d'avoir été malade,

Enceinte pour la première fois, à l'âge de 21 ans, a accouché à terme, naturellement, d'un enfant qui était mort depuis plusieurs jours.

Trois mois et demi après cet accouchement, survient une nouvelle grossesse avec quelques légers troubles digestifs. L'accouchement, commencé à terme, est accompagné d'hémorrhagies. Le médecin appelé le termine par la version podalique et l'extraction. L'enfant, né en état de mort apparente, ne peut être rappelé à la vie.

Trois mois après, nouvelle grossesse ; accouchement naturel à terme d'un enfant mort.

Une quatrième grossesse survient encore après un intervalle de deux mois ; elle ne présente rien d'anormal. L'accouchement, commencé à terme, ne peut être terminé que par une application de forceps qui amène un enfant mort-né.

Enfin, le 17 août 1884, les règles apparaissent pour la dernière fois ; pendant cette cinquième grossesse, N... a eu, au début, quelques nausées et du pyrosis. Poussée par le désir

---

Qu'attends-tu donc, créature têtue ?
La poche est vide, et le col au plus bas,
Ta pauvre mère à pousser s'évertue.
L'enfant dit : Non, je ne passerai pas.

Dépêche-toi, maudite créature ;
Mais pourquoi donc cette obstination ?
N'entends-tu pas la voix de la nature ?
Mets à profit la dilatation.
Si tu ne veux être assez raisonnable,
D'entrer au monde obligé tu seras,
Car j'emploierai l'instrument secourable.
L'enfant dit : Non, je ne passerai pas.

L'interne alors, transporté de colère,
Prend son forceps, le désarticulant,
La branche gauche à gauche est la première
Et puis la droite est mise en un instant.
La tête vient, mais le menton s'accroche,
Avec deux doigts on le saisit en bas.
Dans ce moment on entendit Gavroche,
Qui grommelait : Je ne passerai pas.

d'avoir un enfant vivant, cette femme se présente dans notre service, à la Maternité.

C'est alors que nous constatons le rétrécissement signalé plus haut.

Nous proposant de provoquer l'accouchement à huit mois, nous invitons la femme à revenir au commencement d'avril 1885 pour subir un nouvel examen.

A cette époque, nous vérifions l'exactitude de la mensuration précédente du bassin. La femme est d'une stature moyenne ; elle est bien portante, malgré la fatigue de ses grossesses et de ses accouchements nombreux et rapprochés. L'examen des différents organes ne donne rien à noter. Les urines sont normales, le ventre nous paraît plus développé qu'il ne devrait être à cette époque. La ligne brune, allant de l'ombilic à la symphyse pubienne, est assez prononcée. Il existe des vergetures anciennes et nouvelles : ces dernières surtout sont nombreuses.

Au palper, on trouve la tête fléchie, très mobile au-dessus du détroit supérieur, et reportée un peu vers la gauche. On sent le dos à gauche ; les petites parties fœtales à droite ; le siège en haut et à droite.

Le grand développement du ventre, la mobilité extrême et la petitesse relative du fœtus feraient penser à la possibilité d'une grossesse gémellaire ; mais cette idée est en opposition avec la forme régulièrement ovoïde de l'utérus et la perception d'un seul maximum d'intensité des bruits cardiaques. Toutefois, il reste un peu de doute, parce qu'on croit trouver une partie

---

Cette chanson ici personnifie
Ces gens bornés, par nature entêtés,
Que l'avenir, le progrès terrifie,
Aveugles-nés pour toutes les clartés !
A trois pas d'eux leur montrant le bien-être,
Vous leur offrez de conduire leurs pas,
Le soleil brille ; ils ferment leur fenêtre,
En répondant : Je ne sortirai pas !

—

LES DEUX JUMEAUX.

Dans l'intérieur d'un utérus,
Pour deux, bien étroite demeure,
Se trouvaient un jour deux fœtus,
Qui d' leur naissanc' touchaient à l'heure.
Le premier d'eux, la tête en bas,
Fait signe à l'autre de le suivre,
Et le serrant dans ses deux bras,
Lui dit : «Qu'on est heureux de vivre !

fœtale assez volumineuse dans la partie supérieure gauche de l'utérus, offrant un ballottement double bien marqué. Cette partie fœtale possède assez bien les caractères de la tête.

Nous remettons à quinze jours le diagnostic de la grossesse simple ou double, et par suite la décision à prendre pour l'attente de l'accouchement naturel ou pour l'exécution de l'accouchement prématuré : celui-ci, en effet, ne devait se faire que si la grossesse était simple, attendu que dans la grossesse double la petitesse des fœtus aurait contre-indiqué l'accouchement prématuré artificiel.

Le vendredi 27 avril, à 3 heures, la femme N... se représente à la Maternité. Le palper est plus facile et ne laisse plus de doute, la grossesse est simple.

Ce qui avait donné la sensation obtuse d'une tête, dans le fond de la matrice, et la perception du ballottement double, c'était probablement le siège du fœtus que l'on déplaçait.

L'enfant se présente toujours par le sommet en première position, variété antérieure. Nous décidons de commencer immédiatement l'accouchement prématuré artificiel.

La femme prend d'abord un bain de siège chaud et prolongé, pendant lequel on lave avec soin la vulve. Au sortir du bain, on fait une injection vaginale antiseptique, au sublimé à 1 p. 1000. Les réservoirs sont vidés.

La femme est placée dans la position obstétricale : on procède à l'injection intra-utérine d'une seringue d'eau phéniquée tiède. Pour faire cette injection, on introduit un doigt dans le col, et, sur ce doigt, on glisse une sonde en gomme ordinaire,

---

« Pour nous, ici, point de souci ;
Tout nous arrive en abondance,
Quel joli mond' que celui-ci,
Et quelle charmante existence !
On nage si bien dans ces eaux.
Regarde comme je me livre
Au bonheur d'aller sur le dos.
Frère, qu'on est heureux de vivre ! »

Le second, dont la tête au ciel
Toujours dressée est moins légère,
Lui répond : « Quel heureux mortel !
Vrai, j'admire ton caractère ;
Tu ris de tout comme un enfant,
Et de plaisir un rien t'enivre.
Moi je regrett' d'être vivant.
Ah ! qu'on est malheureux de vivre !

« Ici nous sommes en prison,
Vois un peu quel étroit espace !
Je me cogn' la tête au plafond,
Dans tes pieds mon nez s'embarrasse ;

munie de son mandrin, auquel on donne une courbure semblable à celle de la filière pelvienne, jusqu'à 15 centimètres environ au-dessus de l'orifice interne de la matrice.

On voit immédiatement s'écouler un mince filet de sang le long de la sonde ; c'est la première fois que nous voyons ce fait se produire. Il est dû à ce que la sonde a passé entre l'utérus et le placenta, inséré dans le voisinage du col et sur la face postérieure de la matrice.

Le mandrin est retiré, et l'injection est poussée doucement. Comme on pouvait s'y attendre, le liquide injecté, au lieu de rester dans l'utérus et de décoller les membranes, revient à mesure qu'il est poussé, entraînant avec lui une petite quantité de sang.

Afin de déterminer l'accouchement dans les vingt-quatre heures, nous retirons la sonde, et nous essayons de l'introduire dans une autre point, et de pousser dans l'utérus une nouvelle injection. Mais les mêmes phénomènes se reproduisent, et nous devons penser que la sonde a suivi de nouveau, *malgré* nous, le même trajet.

On introduit ensuite un spéculum plein, on place dans le col un cône d'éponge préparée, que l'on maintient par un tamponnement vaginal ; on retire le spéculum, et l'on porte la femme dans son lit.

A 7 heures du soir, elle éprouve quelques douleurs, qui augmentent d'intensité et de durée, au point d'empêcher la femme de dormir.

Le 18, au matin, les douleurs deviennent moins fortes ; elles

---

Si je veux faire un mouvement,
Mon cordon se met à me suivre.
Etre attaché ! quel amus'ment !
Ah ! qu'on est malheureux de vivre !

Ils étaient là d' leur entretien,
Quand tout à coup l'utérus tremble.
L'onde s'agite, avance et r'vient.
Puis s'écoulant les laisse ensemble.
Ils sont à sec ; plein de frayeur,
Le premier vain'ment veut poursuivre ;
Il plonge en criant : «Quel malheur !
Ah ! nous allons cesser de vivre.»

Son frère essaye de tirer
Sur ses pieds, effort inutile !
De colère il veut s'étrangler,
Et casse son cordon fragile.
Mais vient son tour, on le saisit.
Il pivote comme un homme ivre
En criant : «J'vais mourir aussi !
Dieu ! quel bonheur d'cesser de vivre !»

s'espacent ; on retire le tampon vaginal, le cône d'éponge, et l'on pratique une injection vaginale au sublimé. Nous constatons ensuite, en prenant toutes les précautions antiseptiques, que le col est effacé et présente une dilatation comparable aux dimensions d'une pièce de 1 franc. On introduit un nouveau cône d'éponge, plus volumineux, qui détermine un nouvel ébranlement sanguin, et qui est maintenu par un tampon vaginal.

La journée et la nuit se passent sans que les douleurs deviennent suffisamment fortes et fréquentes pour faire marcher l'accouchement.

Dans la journée du dimanche, le travail se manifeste davantage, les tampons et le cône sont enlevés ; une nouvelle injection au sublimé est faite dans le vagin,

Le soir, le toucher renseigne une dilatation plus grande que les dimensions d'une pièce de 5 francs. Le sommet se présente encore, mais il a une tendance à s'éloigner du détroit ; aussi, croit-on devoir fixer la présentation par des compressions convenablement disposées et par un bandage de corps.

A 2 heures du matin, M. le Dr Watrin, notre assistant, est appelé par la sage-femme de garde, qui annonce la rupture de la poche et un changement de présentation. En effet, c'est l'épaule droite, en première position, qui se présente, malgré les précautions qui avaient été prises,

La réduction céphalique est faite immédiatement ; la tête est fixée, puis pressée par les mains contre le détroit supérieur;

Dans le premier de ces enfants,
Je vois déjà poindre la race
De ces ventrus toujours contents,
En quelque endroit que l'sort les place.
L'autre, à l'étroit dans l'utérus,
Veut à tout prix qu'on l'en délivre.
Mais que d' gens sont toujours fœtus,
Et ça n'les empêch', pas de vivre.

OUVRAGES REÇUS

Le *Journal de Médecine de Paris* a reçu :

Traité de la goutte de Sydenham, traduit et annoté par le docteur A. Tartenson. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1885.

Les Pansements et la Mortalité, Epidémie et contagion, Ferments et microbes. Leçons d'ouverture du cours de clinique chirurgicale (hôpital Necker, novembre 1884), par le professeur Léon Le Fort. — Paris, Félix Alcan, 1885.

La diphthérie, ses causes, sa nature et son traitement, par le docteur Francotte. — Bruxelles, Manceaux, 1885.

en même temps, on évite la femme à pousser pendant les douleurs.

Dès ce moment, la tête reste au détroit supérieur, mais elle ne s'engage nullement. La matinée du lundi se passe en contractions fortes et fréquentes ; vers 2 heures, lorsque nous voyons la femme, nous trouvons le col complètement dilaté, les pulsations fœtales très fréquentes, l'utérus inerte, la femme fatiguée.

Le moment de l'intervention est venu, et nous espérons par les manœuvres réveiller les contractions utérines.

Nous nous décidons à faire une application de forceps à une main, par les procédés de Nubert père.

L'instrument est choisi avec soin, pour avoir une courbure céphalique en rapport avec les dimensions d'une tête fœtale de huit mois.

La petite fontanelle regardant à gauche et en avant, nous devons introduire la main gauche, et commencer par la branche gauche.

La main gauche, introduite tout entière, saisit la tête par le diamètre bi-pariétal, le pouce en avant, les autres doigts placés en arrière et à gauche ; sur ces derniers, la branche gauche est glissée sans aucune difficulté. Le doigt auriculaire reste en place, pour fixer la branche gauche contre la tête ; les autres doigts sont ramenés vers la droite, pour introduire la branche droite ; celle-ci placée, les branches sont articulées ; une traction d'essai est faite, pour s'assurer de la bonne prise de l'instrument.

Malgré toutes les précautions prises, la tête s'échappe.

Nous recommençons l'application de la même manière : la branche gauche est placée sans difficulté. Au moment où nous voulons placer la branche droite, survient une forte contraction utérine, qui achève le décollement du placenta. Il vient s'insinuer entre la tête et la paume de la main, et rend fort difficile le placement de la branche droite ; de peur de perdre un temps précieux et de voir périr l'enfant par asphyxie, nous nous décidons à retirer la main et les branches du forceps.

L'utérus de nouveau fixé, nous introduisons la main gauche ; celle-ci rencontre dans le col la face utérine du placenta, avec tous ses cotylédons séparés ; nous ne parvenons pas facilement à éviter que les doigts de la main ne pénètrent entre les cotylédons.

Sans perdre de temps à les contourner, nous continuons à avancer jusqu'au pied, que nous apercevons à travers le chorion et l'amnios ; nous l'entraînons, avec le placenta, jusque dans le bas de l'excavation. Là, nous saisissons le pied directement ; le pelotonnement s'achève facilement, ainsi que l'extraction ; seule, la tête s'arrête au détroit supérieur, et il faut quelques tractions énergiques pour lui faire franchir l'obstacle ; dès lors, elle reste dégagée.

Le placenta suit immédiatement.

L'enfant, du sexe masculin, est dans un état de mort appa-

rente, qui se dissipe rapidement sous l'influence des soins ordinaires et de l'insufflation pulmonaire.

Il pèse 2,500 grammes, et mesure 35 centimètres.

Immédiatement après la délivrance, on fait encore une injection au sublimé. Les suites des couches n'ont rien présenté de particulier. La femme est très bien et très heureuse du résultat.

L'enfant, placé dans la couveuse, a bu les premiers jours du lait pris à une femme accouchée de quelques jours ; puis il a pu commencer à prendre le sein de la mère.

Cette observation présente quelques points curieux :

1° Le temps, relativement long, qu'il a fallu pour amener le travail.

Depuis un grand nombre d'années, nous employons constamment, pour déterminer l'accouchement prématuré artificiel, l'injection intra-utérine d'une quantité d'eau indéterminée, et l'introduction d'un cône d'éponge préparée ou d'un cylindre de laminaria digitata, suivant que l'on a affaire à une multipare ou à une primipare. Dans ces conditions, si l'on emploie ces procédés combinés sur une femme enceinte de sept, de sept et demi ou de huit mois, on amène l'accouchement dans les vingt-quatre ou trente heures.

Il faut plus longtemps pour déterminer l'avortement provoqué : il est nécessaire alors d'employer des moyens plus excitants, la sonde à demeure, par exemple.

Dans cette observation, les procédés combinés n'ont amené le travail que dans l'espace de trois jours ; mais c'est que le décollement de l'œuf n'a eu lieu que dans un espace très restreint, et que le liquide injecté est revenu à mesure de la sortie de la sonde ; ainsi, l'augmentation du volume du contenu de l'utérus ne s'est pas produite, et l'on ne doit pas oublier que cette augmentation brusque est, outre le décollement des membranes, une des causes de la production du travail.

2° Un autre fait, non moins curieux, est cette pénétration du placenta entre la tête et la paume de la main, dans un espace à peine suffisant pour l'admettre, et protégé encore par la présence de la branche gauche.

Cette pénétration s'est faite brusquement, et pendant une contraction énergique de l'utérus.

3° Enfin, notons la manœuvre exécutée pour saisir rapidement le pied, malgré l'obstacle opposé à la pénétration de la face utérine du placenta, dont les cotylédons séparés sont venus entourer les doigts.

Cet obstacle a été surmonté par l'introduction de la main, ainsi recouverte, jusqu'au pied.

Il eût été, certes, plus facile de dégager les doigts ; mais la moindre perte de temps pouvait être fatale au fœtus.

L'OPÉRATION D'EMMET (1)

Par le Dr CORTIGUERA.

La chirurgie gynécologique s'est enrichie depuis quelques années de l'intervention thérapeutique, et depuis lors, il doit y avoir bien peu de médecins, s'occupant spécialement des maladies des femmes, qui ne l'aient employée une ou plusieurs fois. Cette opération est-elle cependant nécessaire ? Pouvons-nous l'éviter dans beaucoup de cas où on l'indique ? C'est ce que nous nous proposons d'examiner aujourd'hui.

Et d'abord, quand se trouve-t-elle prescrite ? Résolvons d'abord ce point, puis, si nous convenons que les cas où l'on doit l'employer peuvent se traiter avec autant ou plus de succès par d'autres moyens, nous serons obligé d'avouer qu'il n'y a pas de motifs suffisants pour ajouter encore et encore des procédés curatifs de quelques lésions de l'utérus à ceux déjà connus et sanctionnées par la pratique.

Emmet et ceux qui après lui ont répété ou parodié *ses doctrines* nous disent que dans les cas où après l'accouchement il se produit une fissure plus ou moins grande aux lèvres ou dans le col utérin chez les primipares, comme avant le premier enfantement, il n'existe à proprement parler pas de lèvres, cette lésion peut donner lieu à divers troubles qui constituent des entités morbides plus ou moins graves, et le remède consiste à raviver les surfaces disjointes et à les réunir ensuite. On reconstitue ainsi la forme primitive et normale du col.

Mais, on ne peut pas assimiler toutes les déchirures du col; on y doit considérer leur extension, leur direction, leur profondeur et leur nombre, et avant et par-dessus toutes ces considérations, le médecin doit apprécier principalement l'importance des troubles et la nature des altérations produites dans la forme et dans la texture de l'organe lésé ; car, en effet, ce n'est pas un fait établi qu'étant donnée l'existence d'une déchirure du col, il doit s'ensuivre nécessairement un état pathologique donnant lieu à l'apparition d'un trouble anatomique déterminé, pas plus qu'il ne s'en produit fatalement dans des conditions d'extension, de profondeur, de direction ou de nombre identiques dans tous les cas analogues ; au contraire, celui qui a eu l'occasion d'examiner patiemment un certain nombre de malades a pu observer que beaucoup d'entre celles qui se trouvent avoir des lésions même en apparence graves ne présentent aucune souffrance qui puisse se rapporter d'une manière directe à leur déchirure simple ou multiple, profonde ou superficielle, transversale, interno-postérieure ou angulaire. En outre, on voit aussi fréquemment des malades paraissant dans des conditions identiques quant à leur lacération, dont les unes souffrent d'affections locales qui donnent comme résultat un type nosologique bien caractérisé, tandis que d'au-

(1) Mémoire lu à la Société obstétricale et gynécologique de Paris dans sa séance du 11 juin 1885.

tres accusent, au contraire, seulement des symptômes généraux plus ou moins difficilement imputables à l'affection locale si l'on peut l'appeler ainsi dans ce dernier cas.

De sorte que, si toutes les lacérations ne sont pas pareilles au point de vue des manifestations pathologiques, si elles ne donnent pas toutes lieu aux mêmes lésions anatomiques, si les symptômes qu'elles produisent ne se rapportent pas toujours à un même type nosologique, et si quelques-unes sont parfaitement compatibles avec la santé, forcément nous ne verrons pas appliquer à toutes le même remède, et avant de préconiser un recours thérapeutique aussi sérieux qu'une opération, il faut d'abord s'appliquer à séparer les lacérations pathogénétiques de celles qui ne le sont pas; je veux dire, celles qui donnent lieu à des troubles morbides déterminés, généraux ou locaux, de celles qui sont inoffensives et n'altèrent pas la santé.

Nous ne croyons pas que nous nous trouvions encore aujourd'hui en état de pouvoir distinguer, aussi clairement qu'on le désirerait, le terrain scientifique; mais pratiquement parlant, et puisque c'est vers ce point de mire que doivent converger toutes les investigations faites, soit dans le cabinet du médecin, soit auprès des malades, nous pouvons résoudre tout de suite le problème en disant qu'on ne doit pas opérer toutes les déchirures qui ne donneraient signe de leur existence que par des symptômes déterminés généraux ou locaux, et que, au contraire, toutes celles qui donneraient lieu à des manifestations pathologiques de l'un ou l'autre genre justifient notre intervention. En un mot, la déchirure, en tant que lésion traumatique, ne constitue pas par elle-même une maladie et par conséquent n'a pas besoin d'un traitement spécial ; lorsqu'elle aura déjà produit des altérations du tissu avec des symptômes s'y rapportant, ou lorsqu'il y aura chez la malade des troubles morbides d'une nature névropathique ou autres pouvant s'expliquer par l'intervention de la lacération, alors, et seulement alors, le médecin ou le chirurgien doivent s'occuper de guérir la lésion ou ses conséquences ou à la fois l'une et l'autre, comme nous le dirons plus bas. Et maintenant, voyons de quelle manière souffre l'organisme à cause de cette lésion : nous avons observé deux principaux types de maladie, l'un avec des altérations anatomiques locales et des symptômes généraux, l'autre avec des symptômes généraux seulement, ou plutôt avec des souffrances variables en intensité et siège, mais presque toujours de nature névropathique.

Les malades correspondant au premier groupe présentent toutes les altérations inhérentes au changement local qu'on a constaté dans la nutrition et la constitution de l'utérus ; nous savons tous que, dans ce cas, et c'est à celui-ci que se rapporte presque tout ce qui a été dit et écrit sur l'opération d'Emmet depuis son origine jusqu'aujourd'hui, il se produit une irritation constante de la muqueuse cervicale mise à découvert, et ce stimulant continuel est celui qui à la longue doit produire le trouble de nutrition caractéristique de la métrite donnant

lieu à un ectropion, à une altération plus ou moins accentuée de la muqueuse intra-utérine et aux changements qui surviendraient dans l épithélium ; celui de l'endométrium se transformant en épithélium cervico-vaginal ; le processus morbide commence par l'excitation circulatoire et finit par l'asphyxie du système vasculaire ; il se fait, en un mot, une métrite, et le médecin, en examinant la malade, trouve, en même temps que la lacération du col, une métrite à un degré variable soit de congestion, soit d'induration, avec tout le cortège des symptômes locaux ou généraux qui l'accompagnent ordinairement et qu'il serait inutile d'exposer ici.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, et c'est pourquoi nous parlions tout à l'heure d'un second type de maladie ; en effet, il nous est arrivé souvent, en examinant une malade qui présentait un nombre plus ou moins considérable de symptômes hystériques (où presque toujours dominait la dyspepsie appelée flatulente), de trouver une lacération simple ou multiple du col, sans que pour cela on y pût déterminer aucune altération de la matrice, soit de texture, soit de *situation*, peut-être tout au plus de fonction.

De sorte que nous voyons la lacération exister de trois manières distinctes, le plus souvent produisant des troubles généraux, d'autres fois généraux et locaux à la fois et quelquefois ni locaux ni généraux ; mais puisque nous traitons ici d'un moyen d'intervention, d'un recours curatif, nous ne nous inquiétons que des deux premiers cas ; et pour le second type, en particulier, nous pouvons considérer le col utérin lacéré en un ou plusieurs sens, comme un centre d où partent divers troubles réflexes, une sorte de cicatrice qui contient et étouffe dans sa trame serrée un filet nerveux donnant lieu à l apparition de phénomènes pseudo-épileptiques, et si cette manière de voir était susceptible d'une démonstration pratique irréfutable, c'est bien plutôt contre les lacérations du col sain que contre les lacérations du col malade que nous devrions avoir recours au procédé que nous préconisons de préférence à l'opération d'Emmet.

Nous arrivons donc au dernier point que nous désirions traiter. Etant donné une lacération utérine et une femme qui présente les conséquences d'une métrite, ou ceux d'un état névropathique occasionné par la lacération, devons-nous proposer immédiatement l'opération d'Emmet ? Non, selon nous. Nous avons vu des malades refuser de se laisser réunir le col, et cependant quelques-unes ont guéri ; nous pensons, nous, que dans l incertitude où nous nous trouvons encore pour décider d'après les symptômes observés chez la malade s'ils sont ou non dus directement à l'existence de la lacération, que ce n'est pas celle-ci qui doit nous servir de règle de conduite exclusive et absolue pour l'intervention chirurgicale, mais que nous devons préalablement employer tous les moyens conseillés pour la guérison des troubles fonctionnels ou de texture qui se présenteront à l'observation, et, s'il est vrai que dans la plupart des cas (nous parlons, bien entendu, de ceux où la femme

est malade) nous réussissions peut-être à guérir la souffrance sans intervenir par une opération, nous aurions fait un pas utile, puisque parfois les souffrances de la malade diminuent considérablement et même disparaissent complètement sans avoir recours à ce moyen. Nous croyons donc qu'on ne doit pas accepter comme un principe l'opération immédiate, mais, bien au contraire, nous devons réserver l'opération pour les cas où il serait prouvé que les autres remèdes sont inefficaces.

Les troubles morbides locaux et généraux qui accompagnent la métrite cèdent, — nous avons eu l'occasion de le voir plus d'une fois — au traitement dirigé contre cette dernière lésion ; peut-être les symptômes nerveux, hystériformes ou autres, qui chez la malade accompagnent la lacération du col, se modifient-ils avec plus de difficulté que lorsqu'il n'existe pas de déchirure, mais enfin ils se modifient aussi et cèdent quelquefois par l'usage de remèdes thérapeutiques appropriés, même lorsque la lésion utérine n'est pas modifiée, et ce sont ces observations qui nous rendent quelque peu moins disposé que d'autres collègues à pratiquer l'opération d'Emmet dans la lacération du col.

Ceci étant dit, avant d'avoir recours au bistouri, voici le traitement auquel nous avons recours : nous employons, contre la métrite dans sa première période, les injections chaudes et prolongées du vagin, les tampons d'ouate abondamment imprégnés de glycérine à laquelle nous ajoutons du tanin, du laudanum, etc., suivant les cas, les scarifications du col et les cautérisations avec de l'acide nitrique ou de l'iode et de l'acide phénique mêlés par parties égales ; dans la seconde période, avec hyperplasie aréolaire, nous donnons les décongestionnants et nous employons l'iodo-phénol, l'ignipuncture, l'électricité et la dilatation avec la laminaria ; comme traitement général nous usons du fer, quinquina, la strychnine et l'ergotine, ainsi que l'hydrothérapie tonico-calmante ou excitante, selon les indications. Pour modérer les phénomènes hystériques ou autres du genre nerveux, nous employons l'électricité et l'hydrothérapie en même temps que les bromures et les toniques à l'intérieur, et c'est seulement lorsque ces moyens ont échoué et lorsque les souffrances semblent bien se rapporter exclusivement à la lacération que l'on ne peut plus douter de l'étroit rapport existant entre la lacération et les troubles locaux ou généraux observés ; c'est alors et sans trêve d'aucun genre, que nous optons pour une opération immédiate, mais qui diffère de l'opération proprement dite d'Emmet.

Personne n'est plus jaloux que nous des conquêtes de la science moderne et personne n'est plus disposé que nous à célébrer avec respectueuse admiration les éminents services rendus à l'humanité par le célèbre gynécologue; mais ceci ne nous empêche pas de nous opposer à la regrettable exagération que l'on a donnée à son procédé, pour remédier aux effets de la lacération du col. Comme on l'a déjà fait remarquer, il faut signaler ce fait singulier, que Sims et Emmet, tous les deux éminents dans les annales de la gynécologie, sont d'un avis si

diffèrent au point de vue des souffrances que peuvent déterminer les altérations de forme du col. Le premier admettant si fréquemment la nécessité du grattage et de l'incision du col ; le second voulant, au contraire, à toute force le réunir. Il est fort bizarre qu'en si peu de temps, puisque tout est l'affaire de ces trente dernières années, deux hommes aussi éminents voient ces choses sous un aspect si différent, que l'un constate des ennuis, des difficultés, des dangers à l'étroitesse du col, à ce point qu'il conseille de l'élargir en fendant complètement ce col aux deux extrémités de son orifice, tandis que l'autre considère cet élargissement et cette division du col comme nuisible et dangereux pour les malades. Il nous semble que des deux côtés il y a eu quelque exagération dans les impressions et nous croyons qu'il ne faut pas tomber dans de tels extrêmes; c'est d'ailleurs l'objet de ce travail.

Ce n'est pas à la suture du col que nous avons recours de préférence dans la plus grande partie des cas de lacération, mais plutôt à l'amputation plus ou moins complète de la partie vaginale ; au lieu de nous limiter à substituer une cicatrice à une autre, ce qui n'a pas toujours lieu dans les conditions voulues, de temps et de solidité, que le chirurgien aurait rêvées, nous supprimons d'un seul coup tout le tissu ; dans les cas d'hypertrophie ou d'hyperplasie nous agissons en définitive d'après les sains principes dernièrement établis, et si le rôle que nous attribuons à la cicatrice comme centre de troubles réflexes donnant lieu à la production de l'hystérie ou de la pseudo-épilepsie est réel et effectif, notre remède offre de plus grandes garanties de réussite que celui qui consiste en la suture. L'amputation n'est pas plus difficile et si nous voulons suivre pour elle le procédé d'incision bi-latérale, nous avons dans la généralité des cas, un ou deux, des temps de l'opération, déjà faits. Les fonctions de l'utérus comme organe contractile, pour des accouchements futurs, ne sont pas endommagées, bien plutôt les malades accouchent avec plus de promptitude comme nous avons pu le voir plus d'une fois. Le seul inconvénient après l'amputation, serait le raccourcissement du col, au cas où il faudrait employer un instrument à levier, comme nous avons eu l'occasion d'observer chez des malades conformées ainsi sans qu'elles eussent auparavant à supporter l'amputation du col, il est possible que le cas puisse se présenter après l'amputation, quoique jusqu'à présent nous ne l'avons pas encore rencontré. Avant d'abandonner ce point, nous devons faire observer qu'une fois le col amputé, nous ne pratiquons généralement pas la suture des muqueuses, et quoique nous ne puissions pas encore décider quelle est la meilleure pratique dans ces cas, nous n'avons pas eu jusqu'à présent à nous repentir de l'avoir laissée de côté.

En résumé, notre intention, en publiant ces notes, n'est pas de rejeter comme nuisible l'opération préconisée par le célèbre Emmet, contre les lacérations du col utérin ; loin de là, nous reconnaissons que nous lui sommes redevables d'un bon service, pour avoir appelé l'attention des praticiens sur l'impor-

tance qu'acquiert cette lésion traumatique dans certaines occasions, et d'avoir signalé les bons résultats du traitement opératoire ; mais nous nous opposons, en nous basant sur notre expérience pratique, à ce que l'on rende, dans les cas où on l'observe, la lacération du col responsable de tout ce que souffre l'organisme, et surtout à ce que l'on propose la suture comme remède unique et sans autres vérifications que la présence de la lésion. Non, ce n'est pas cela que l'observation attentive des malades nous enseigne, et pour mieux exprimer nos idées, nous les condenserons sous forme de conclusions :

1° La lacération du col utérin, de quelque nature qu'elle soit, donne lieu fréquemment, mais pas toujours, au développement de troubles locaux et généraux de divers genres, mais qui presque toujours déterminent la métrite et l'hystérie.

2° Dans ce cas, à moins que la lésion ne revête des caractères tels d'intensité et de manifestations morbides qu'on ne puisse mettre en doute le rapport intime existant entre elle et les souffrances consécutives, avant de proposer un traitement opératoire, on doit soumettre la malade au traitement de la métrite et de l'hystérie.

3° Ayant à intervenir au moyen d'une opération, en général nous préférons l'amputation du col à la suture.

4° D'après ce qui ressort de tout ce qui a été dit ci-dessus, la lacération par elle-même ne constitue pas une maladie et par conséquent n'a pas besoin d'un traitement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES DERMOIDES DE L'OVAIRE DÉVELOPPÉS DANS L'EXCAVATION PELVIENNE (1),

Par le Dr Guichard, d'Angers.

Au point de vue pratique, nous diviserons les kystes dermoïdes de l'ovaire en deux classes :

I. — Kystes situés dans le *grand bassin*.

II. — Kystes situés dans le *petit bassin*.

Dans cette seconde classe, nous distinguerons deux espèces :

1° Les kystes qui ont tendance à se développer dans la cavité abdominale et sont accessibles par la paroi abdominale ;

2° Les kystes qui ont tendance à se développer profondément dans l'excavation pelvienne, et sont accessibles par le vagin et non par la paroi abdominale.

L'observation que nous publions appartient à cette variété très rare ; tandis que dans l'immense majorité il est indiqué d'en débarrasser les malades par la gastrotomie ; cette opération était, dans ce cas, impossible, et l'incision vaginale nous en paraît la seule indication. En présentant cette observation,

(1) Mémoire lu à la Société obstétricale et gynécologique de Paris dans la séance du 11 juin 1885.

c'est donc un point de pratique que nous avons cherché à élucider

Kyste dermoïde de l'ovaire gauche, situé dans l'excavation pelvienne. — Développement après l'accouchement. — Incision par le vagin, deux ans après. — Guérison.

Madame X.., d'une bonne et forte constitution, n'a fait dans sa jeunesse aucune maladie grave et a toujours joui d'une santé parfaite. Réglée à 13 ans, elle le fut toujours très régulièrement et ne présenta jamais aucun accident du côté du péritoine, ni du côté du tissu cellulaire du petit bassin.

Mariée à 19 ans 1[2, au mois d'avril 1873, madame X... devint enceinte deux mois après ; la grossesse marcha normalement, il y eut quelques vomissements au début, mais l'état général se maintint très bon jusqu'au terme de la grossesse.

Dans le dernier mois, avant l'accouchement, en faisant l'examen de la malade, pour déterminer la présentation et position, que je reconnus être une occipito-iliaque gauche antérieure, je constatai par le toucher, à la partie antérieure et inférieure du sacrum, en arrière et à gauche du col de l'utérus, une saillie bosselée, inégale, à base plus large et à extrémité un peu pointue.

La résistance et la forme rappelaient assez bien un amas de matières fécales durcies : mais ayant fait prendre un lavement pour vider l'intestin, la tumeur persista avec les mêmes caractères. Comme cette saillie était adhérente, ne se déplaçant pas, je conclus, en raison de sa résistance, à la présence d'une exostose, située en avant et à gauche de la face antérieure du sacrum, probablement au niveau de la deuxième ou troisième vertèbre sacrée. Cette saillie osseuse, diminuant le diamètre antéro-postérieur de l'excavation à sa partie inférieure, je m'attendais à des difficultés au moment de l'accouchement.

Les premières douleurs apparurent dans la soirée du 1er mars 1874. Le 2, le travail marcha lentement; les contractions étaient irrégulières, la tête très élevée. Le 3, à quatre heures du matin, dilatation complète du col, poche des eaux peu saillante, tête toujours au détroit supérieur.

La malade se plaignait de douleurs de reins atroces, la poche des eaux fut rompue ; les contractions se rapprochèrent, devinrent plus énergiques. Malgré cela, la tête ne descendait pas, on la sentait arrêtée par la saillie osseuse perçue dans la concavité sacrée. Après deux heures d'attente, la tête n'ayant pas progressé, on fit à six heures une application de forceps.

Après des tractions assez fortes, j'amenai un enfant du sexe féminin, volumineux, bien conformé ; trois circulaires de cordon étaient enroulées autour du cou ; on s'empressa de les dégager ; l'enfant était en état de mort apparente, et les soins qu'on lui prodigua ne purent le ranimer.

Madame X... se sentit profondément fatiguée; dès le soir, le ventre était douloureux, ballonné; le lendemain, elle eut quelques vomissements ; les jours suivants, les symptômes s'aggravèrent, le pouls monta à 120°, la température s'éleva à 39°2 ;

la sensibilité était très vive dans la fosse iliaque gauche ; au toucher le vagin était très chaud, il y avait de la résistance et des battements à gauche du col et en arrière.

Traitement. — Frictions d'huile de camomille camphrée et fomentations émollientes. Injections vaginales phéniquées. Sulfate de quinine. Toniques généraux. Vin, café, eau-de-vie.

Ces symptômes nous firent diagnostiquer de la péritonite localisée et de la phlegmasie du tissu cellulaire à la base du ligament large gauche.

Après six semaines, l'état général et l'état local s'amendèrent, mais il resta dans la fosse iliaque gauche une douleur très vive à la pression abdominale, et exagérée par les mouvements de la cuisse de ce côté ; au toucher vaginal on constatait un empâtement dur, résistant, douloureux, sur la partie postérieure gauche du col ; l'utérus avait perdu sa mobilité.

Madame X... se remit lentement de cette poussée inflammatoire, elle ne put marcher dans l'appartement qu'au bout de deux mois ; au mois de juin, elle commençait à sortir, quand, après une course plus longue, de nouveaux symptômes inflammatoires apparurent ; on dut appliquer plusieurs vésicatoires, et faire garder le repos complet.

Au mois d'août, madame X... put être transportée aux bains de mer. L'air marin eut une heureuse influence sur l'état général, la malade prit quelques bains de mer chauds et quelques promenades ; mais après une journée de voiture, de nouvelles douleurs vives, lancinantes apparurent dans le côté gauche du petit bassin, avec une réaction fébrile intense. Cette poussée inflammatoire fut suivie de la sortie d'un liquide purulent, brunâtre ; on peut évaluer à plus d'un verre de pus, la quantité perdue. Tous les symptômes s'amendèrent après quatre ou cinq jours.

A partir de cette époque (septembre 1874), madame X... n'a pu marcher que dans son appartement; elle était souvent obligée de garder la chaise longue, et quelquefois le lit. De nouvelles poussées avec frissons, fièvre, sensibilité abdominale se produisirent à la distance de quelques mois, et nécessitèrent l'application de vésicatoires sur la région hypogastrique gauche, de badigeonnages iodés, etc. Plusieurs jours de repos faisaient tout rentrer dans l'ordre.

Ces poussées ne coïncidaient pas avec l'époque des règles, qui, depuis leur réapparition après les couches, furent toujours régulières comme durée et comme abondance.

Cette situation dura une année ; l'on croyait avoir affaire à de la péritonite résultant du traumatisme de l'accouchement, et environnant une tumeur osseuse de l'excavation.

A la fin de l'année 1875, après de nouvelles rechutes, l'on s'aperçut par le toucher vaginal que la résistance avait augmenté dans le cul-de-sac latéral gauche à la base du ligament large de ce côté ; l'utérus, dont le col était gros, était légèrement refoulé en avant, la vessie réagissait par de fréquents besoins d'uriner, l'abdomen augmentait de volume et la taille se déformait.

Cet état alla en augmentant progressivement jusqu'au mois d'avril 1876, où Mme X... consulta à Paris MM. les docteurs Gallard et Bernutz.

Examen du 1er mai 1836 : Mme X... a conservé un état général assez satisfaisant, malgré ses souffrances répétées.

A la vue : Augmentation du ventre, surtout du côté gauche.

A la percussion : Sonorité dans toute la partie droite et gauche ; pas de matité à gauche.

A la palpation : A gauche, on ne sent pas de tumeur superficielle, il faut déprimer la masse intestinale pour arriver sur une tuméfaction volumineuse, profondément située dans la fosse iliaque gauche.

Au-dessus de la symphyse pubienne, la tumeur s'en rapproche et l'on perçoit, combinée avec le toucher, la présence de l'utérus, qui est au-dessus du détroit supérieur, entraîné qu'il est par la tumeur.

Au toucher vaginal : Tuméfaction remplissant le cul-de-sac postérieur du vagin, descendant à gauche, presque à *la* partie moyenne de ce conduit.

Cette tumeur globuleuse rend très difficile d'arriver jusqu'au col utérin, qui est très relevé, et repose au-dessus du pubis ; on n'y arrive qu'en suivant avec le doigt la partie postérieure de la symphyse pubienne.

Au toucher rectal : On constate l'existence de la tuméfaction dure, résistante et ne présentant pas la sensation de fluctuation.

Le diagnostic fut très réservé. En raison de l'évacuation du pus, l'année précédente, avait-on affaire à des produits inflammatoires résultant soit d'une péritonite, soit d'un phlegmon du ligament large, surajouté à une tuméfaction ancienne? Ou avait-on affaire à un kyste hydatique, à un kyste pileux ? Enfin, pour éclairer le diagnostic, il y avait lieu d'avoir recours, à raison de la saillie vaginale de la tumeur, à une ponction exploratrice par le vagin.

Mme X... rentra à Angers, où sa situation s'aggrava encore ; les besoins d'uriner devenaient plus fréquents et plus pénibles, il fallut la sonder ; c'est alors que notre excellent maître, le Dr Gallard, vint revoir la malade.

Le 21 mai 1876, la ponction fut faite sur la paroi latérale gauche du vagin, à la partie antérieure de la tuméfaction, au moyen du trocart n° 3, de l'appareil Potain ; l'aspiration fut pratiquée, on retira un litre et demi de liquide.

Le liquide du premier litre s'écoula avec la plus grande facilité, et présenta tous les caractères d'un liquide séro-purulent ; celui du second litre s'écoula plus difficilement ; des grumeaux passaient à l'index du verre ; examiné, il présenta des flocons épais, graisseux, sans aucun produit étranger.

Mme X... garda le repos après cette ponction, qui fut suivie d'un sentiment de bien-être ; — la tuméfaction vaginale diminua considérablement et le col utérin reprit sa place.

Le 29 mai. L'état s'est tellement aggravé que, en présence de

la gravité des symptômes généraux, je provoquai une consultation de mes honorables confrères de l'École de médecine, MM. Dezanneau, Meleux, Guignard, Farge, Briand. MM. Gille et Guichard père voulurent bien m'accorder leur bienveillant et savant concours.

Les commémoratifs exposés, et après l'examen de la malade, il fut décidé que l'on inciserait la poche à sa paroi inférieure, par le vagin, afin d'évacuer les produits septiques, et faire le lavage de la cavité.

Opération.— La malade ayant été placée sur une table, l'on se servit du point du vagin ponctionné le 21 mai, pour faire pénétrer une sonde cannelée ; au moment d'introduire la sonde, M. Dezanneau constata la présence d'une mèche de cheveux dans l'orifice, le diagnostic de kyste pileux était porté.

La sonde cannelée est introduite, et, au moyen d un bistouri et d'un ténotome, on agrandit l'orifice ; un flot de liquide, à odeur infecte, de sulfhydrate d'ammoniaque, sortit et remplit une demi-cuvette ; en même temps s'écoulèrent des flocons de matière grasse, granuleuse, plus ou moins épaisse, et mêlée de petits poils et cheveux ; il sortit deux dents libres dans le kyste. L'incision fut agrandie à petits coups répétés, en remontant vers le col de l'utérus, dans l'étendue de 5 à 6 centimètres ; il fallut les plus grands ménagements, attendu que l'on percevait avec le doigt, parallèlement à la direction de l'incision et dans la paroi de la poche, les battements d'une artère volumineuse, rappelant l'importance de la radiale. La poche fut vidée de masses de graisse, de poils, et d'une longue mèche de cheveux châtains.

Dès que le doigt avait pu pénétrer, l'on était arrivé sur une partie saillante, dure, résistante, volumineuse, et hérissée de parties dures ; on tenta de la saisir avec de fortes pinces ; l'on ne réussit qu'à extraire successivement six dents, implantées sur une production osseuse irrégulière, dents de grosseur et d'espèce différentes.

Malgré des tentatives réitérées, l'on ne put détacher cette partie solide, et l'on remit l'extraction à quelques jours, lorsque la suppuration aurait ramolli les adhérences et la paroi du kyste.

La malade se sentait très fatiguée ; elle n'etait pas endormie ; on l'avait soutenue, pendant l'opération, avec du champagne frappé.

On fit plusieurs lavages dans la poche avec la solution phéniquée ; on sentait avec le doigt une poche à parois épaisses, contractiles ; la cavité se rétractait presque complètement ; deux gros tubes de caoutchouc furent placés dans l'ouverture, côte à côte, comme les deux canons d'un fusil. La malade fut reportée dans son lit.

Le 2 juin, la malade se trouvant beaucoup mieux, on procède à l'extraction du kyste. Nos excellents confrères, MM. les Drs Dezanneau, Grippat et Guichard père, m'assistent de leurs conseils et de leur concours. On saisit à plusieurs reprises la saillie osseuse avec de fortes pinces ; on amène successive-

ment deux dents, dont une énorme ; on opère la torsion avec des tenettes ; on arrive à mobiliser la partie irrégulière, mais il est impossible de l'engager dans l'ouverture du kyste qui déjà était notablement rétrécie. Après s'être rendu, par le toucher, un compte exact de la forme de la partie osseuse, on parvient à attirer l'extrémité pointue, puis à faire basculer la base ; on extrait une partie dure, osseuse, recouverte d'un tissu dermoïde sur lequel s'implantent des poils ; on y constate les alvéoles dentaires et deux dents adhérentes.

Avec le doigt, dans la poche, on la trouve vide de tout corps étranger ; on la lave avec soin afin de la désinfecter, car malgré les lavages répétés, la sécrétion était des plus fétides et imprégnait le lit et la chambre. Un peu de fièvre dans la soirée.

4-5 juin. On remplace le tube de caoutchouc par un tube de gomme élastique nº 24. Injection avec liqueur de Labarraque ; il sort encore un liquide qui dépose de la graisse sur les garnitures.

6 juin. Il sort seulement du pus. On laisse à demeure dans la poche une sonde de gomme élastique, maintenue en place par une garniture, la sécrétion est assez abondante et l'on change les compresses huit à dix fois par jour.

A partir de cette époque, la quantité de pus alla en diminuant et la malade se rétablit lentement avec des alternatives d'amélioration et de rechute, tenant à la suppuration du kyste et à des phénomènes de septicémie qui apparaissent de temps en temps, quand le pus s'écoule plus difficilement et que l'écoulement, malgré les lavages antiseptiques, prend de l'odeur. De là, par moment, des poussées fébriles avec vomissements qui cèdent au traitement général.

22 novembre. Règles abondantes, sans douleur, normales. La santé générale est excellente.

A partir de cette époque, Mme X... put reprendre son existense habituelle, tout en éprouvant, après la marche ou quelque fatigue, des douleurs abdominales dans le côté gauche ; les époques viennent régulièrement et l'on continue à laver la poche.

Au commencement d'avril 1877, le tube ne peut plus être introduit, la poche avait disparu

Au toucher, on percevait une cicatrice froncée à gauche et en arrière du col utérin, et profondément un cordon résistant, du volume du petit doigt, ce qui, avec les adhérences anciennes, immobilisait l'utérus.

La guérison était complète du côté de la tumeur ; jamais, depuis cette date, il ne se produisit aucun nouveau développement.

Mme X... vit persister chez elle tous les phénomènes douloureux de la métrite parenchymateuse ; elle fit deux saisons à Saint-Sauveur et une à Salies-de-Béarn. Sous l'influence du temps, d'une bonne hygiène, et aussi d'un traitement assez énergique, cet état alla s'améliorant, et au mois de novembre 1884, elle put commencer heureusement une grossesse.

Réflexions. — Les kystes dermoïdes de l'ovaire sont relati-

vement rares ; Péan n'a observé que 8 cas sur 285 opérations de gastrotomie (thèse Cousin, 1877), et Spencer Wells 2? cas sur 1,000 (*Tumeurs de l'ovaire*, 1883) ; la plupart ont une tendance à se développer du côté du grand bassin, et c'est au moment de l'opération, ou par une ponction exploratrice, que l'on fait le plus souvent le diagnostic ; quant aux kystes dermoïdes de l'excavation, jamais le diagnostic n'en a été fait avant qu'un travail inflammatoire ne soit venu accuser leur présence. — Sur ce sujet, nous ne connaissons que le mémoire de M. Bernutz sur les *Kystes pileux suppurés de l'excavation pelvienne* (*Annales de Tocologie*, 1876) ; ce mémoire ne contient que l'observation d'un kyste développé dans l'excavation et qui fut ouvert par la paroi abdominale antérieure : M. Bernutz ne put, en raison de la résistance des parois, faire passer le trocart courbe du côté de la paroi vaginale.

L'observation que nous venons de décrire est celle d'un *kyste dermoïde de l'ovaire gauche* qui, probablement par suite de ses adhérences à la paroi de l'excavation, eut plus de tendance à se développer du côté du cul-de-sac postérieur et de la paroi gauche du vagin : l'on eut la bonne fortune de constater les signes qu'il présentait *à son état de simplicité* et *après son inflammation*. Aussi nous allons revenir sur le diagnostic des kystes dermoïdes de l'excavation à ces deux périodes différentes et sur les *indications opératoires*.

I. — *Kyste dermoïde à son état de simplicité.*

Avant l'accouchement de Mme X..., pendant le dernier mois de la grossesse, on constata, par le toucher, dans le cul-de-sac vaginal postérieur, en arrière et à gauche du col de l'utérus, une tumeur arrondie, bosselée, inégale, indolente, sans augmentation de chaleur et sans battements, donnant la résistance pâteuse d'un amas de matières fécales dans le rectum ; malgré plusieurs lavements, la tumeur persista ; il y avait là une sensation particulière, ne ressemblant à aucune autre ; ce n'est pas celle de l'œdème, ni la fluctuation d'un kyste de l'ovaire, ou d'un abcès du ligament large. De plus, il y avait au milieu de la tumeur une partie dure, qui fut prise pour une exostose de la partie antérieure du sacrum : à travers la masse pâteuse, il était impossible de percevoir nettement les différentes parties qui pouvaient la composer.

Nous croyons qu'en présence d'une tumeur indolente, située profondément dans le petit bassin et présentant les caractères que nous venons d'indiquer, il faudra par élimination penser à un kyste dermoïde ; c'est un point de diagnostic intéressant, que de nouvelles observations se chargeront de confirmer.

II. — *Kyste dermoïde à l'état d'inflammation.*

Après le traumatisme de l'accouchement, le kyste s'enflamma et probablement aussi le tissu cellulaire ambiant ; il y eut de la chaleur du vagin, des battements et une douleur vive. Mme X..., perdit, cinq mois après, du pus en assez grande quantité.

A la palpation, il resta, dans la fosse iliaque gauche une douleur, exagérée par les mouvements de flexion de la cuisse; la marche fut impossible pendant deux années. C'est après cette longue durée de l'affection, en 1876, que l'on perçut distinctement et profondément une tumeur dure, débordant le détroit supérieur, se rapprochant de la symphyse pubienne, et entourée partout de sonorité à la percussion.

Au toucher vaginal, l'utérus était au début (en mars 1874) immobilisé par un empâtement dur, résistant, douloureux sur la partie postérieure gauche. A la fin de l'année 1875, l'utérus était refoulé en avant par une tuméfaction volumineuse du cul-de-sac postérieur, et en avril 1876, l'utérus avait été entraîné au-dessus du détroit supérieur ; le col était situé derrière le pubis, au-dessus de la partie postérieure et médiane de la symphyse pubienne; la paroi moyenne et gauche du vagin bombait, le doigt en le déprimant avait la sensation d'une tumeur rénitente, sans fluctuation manifeste.

Restait une précieuse indication pour assurer le diagnostic : la ponction exploratrice. Dans ce cas, elle était impossible par la paroi abdominale, en raison de la présence de la masse intestinale, au devant et sur les côtés de la tumeur ; la paroi vaginale faisant saillie était le lieu d'élection ; elle fut faite le 1er mai 1876, et donna issue à un litre et demi, d'abord d'un liquide d'aspect purulent, puis d'un liquide contenant des grumeaux de matières grasses et sans doute aussi des poils ; l'examen minutieux du liquide est absolument indispensable pour assurer le diagnostic.

Voilà, dans ses principaux traits, la marche du kyste dermoïde enflammé ; nous ajouterons que ce travail inflammatoire s'est fait par poussées successives, sans que la constitution de la malade en fût trop atteinte, et que cette longue durée des accidents, sans qu'il survienne une fluctuation superficielle évidente, tend à faire éliminer, dans le diagnostic, les phlegmons du ligament large, les hématocèles péri-utérines et les kystes hydatiques de l'excavation. L'épaisseur des parois du kyste dermoïde enflammé explique la sensation de fluctuation obscure d'empâtement, qui n'est pas la sensation de rénitence du kyste de l'ovaire, plongeant dans le cul-de-sac postérieur.

Les kystes dermoïdes enflammés de l'excavation pelvienne présentent une marche et des signes qui permettent de les différencier des autres tumeurs du petit bassin.

III. — *Indications opératoires.*

Si le kyste dermoïde avait été diagnostiqué, au début, à son état de simplicité, l'expectation serait la seule indication.

Mais, quand il sera à sa période d'inflammation et que son accroissement sera devenu un danger pour la vie de la malade, il faudra agir.

Dans les kystes qui se développent dans le grand bassin, et qui se mettent en rapport avec la paroi abdominale, la gastrotomie est le seul traitement, et l'observation semble démon-

trer que l'opération présente un pronostic plus favorable que pour les kystes séreux de l'ovaire.

Pour les kystes dermoïdes de l'excavation pelvienne, les uns, comme dans le cas de Bernutz, sont *accessibles par la paroi abdominale*, et la guérison est possible après une simple incision et le drainage ; il faudra toujours un temps fort long pour amener le recollement de parois épaisses, surtout si la suppuration s'établit dans un cul-de-sac à fond déclive ; il serait donc préférable de tenter le drainage et la ponction de la poche par sa paroi inférieure. Dans cette variété, la gastrotomie est-elle possible ? C'est ce que l'expérience seule peut démontrer.

Les autres kystes dermoïdes, qui comprennent la variété de notre observation, qui sont situés profondément à la base du ligament large, du côté de la concavité du sacrum, qui ont contracté congénitalement ou par suite d'inflammation des adhérences solides avec le pourtour de l'excavation et les organes voisins, et qui ont tendance à se développer du côté du vagin, sans rapport intime avec la paroi abdominale, ne nous paraissent pas opérables par la gastrotomie. L'opération n'est peut-être pas par elle-même absolument impossible, mais nous paraît hérissée de difficultés, et les conséquences très graves dans leurs résultats. En effet, le kyste a des connexions intimes avec l'utérus, puisqu'il l'entraîne et le déplace, et ce n'est plus une simple ovariotomie que l'on serait obligé de pratiquer, mais en même temps l'hystérectomie ; la malade serait, après sa guérison, frappée de stérilité ; dans notre observation, nous voyons une grossesse naître et marcher dans de bonnes conditions, huit années après l'opération ; c'est une considération importante en faveur d'un autre mode opératoire.

L'ouverture à la partie déclive par la paroi vaginale, nous semble être l'indication par excellence ; comme la ponction exploratrice sera toujours nécessaire, l'on se servira du point ponctionné pour introduire la sonde cannelée, et de là inciser, en allant vers le col utérin, avec un bistouri boutonné ou un ténotome, il faudra rechercher avec soin les vaisseaux artérillées volumineux, que l'on constate toujours dans les parois, ou dans leur voisinage, afin d'éviter des hémorrhagies très graves et qui créeraient de grandes difficultés d'hémostase ; puis, débarassant la poche de la matière grasse avec des injections d'éther rectifié, comme l'a conseillé M. Bernutz, on placerait des drains de grosseur nécessaire et l'on ferait de l'antisepsie sévère de la poche ; la liqueur de Labarraque nous a paru seule modifier la mauvaise odeur ; aujourd'hui les solutions mercurielles, entrées récemment dans la pratique, seraient peut-être préférables.

Il faut s'attendre à une longue suppuration ; dans notre observation elle a duré dix mois ; des injections irritantes à la teinture d'iode ou des cautérisations seront nécessaires à la dernière période, pour amener la cicatrisation complète de la poche.

Il restera encore pendant longtemps une cicatrice profonde, un cordon dur qui immobilisera l'utérus ; le temps, l'hygiène

et un traitement bien dirigé fin iront par en avoir raison, ainsi que des complications qui aura ient pu se produire du côté de l'utérus.

FORMULAIRE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Sur le viburnum prunifolium

Le viburnum prunifolium (*Black Haw*, aubépine noire), de la famille des caprifoliacées, est originaire des Etats-Unis. Il possède des propriétés toniques et sédatives et il est fortement recommandé contre l'avortement imminent et, comme prophylactique, contre la disposition chronique à l'avortement.

Dans ce dernier cas, il doit être pris très longtemps, au moins un mois et à doses massives. On l'emploie également dans la dysménorrhée, quelques jours avant la période menstruelle.

La préparation ordinairement administrée est l'extrait fluide américain, à la dose d'une cuillerée à café, plusieurs fois par jour. La préparation dite « *Concentration* », portant le nom de « *Viburnine* » ne provient pas du viburnum prunifolium, mais du *Viburnum opulus*.

M. BOYMOND.

—

Sur le Caroba.

Le Caroba, *Jacaranda Caroba*, *Jacaranda procera*, *Jacaranda lancifolia*, *Jacaranda tomentosa*, *Cybistax antisyphilitica*, de la famille des bignoniacées, est originaire du Brésil et de la Colombie. Peckholt y a trouvé de la carobine, alcaloïde cristallisé, de l'acide arabique cristallisé et de la carobone, résine balsamique. Propriétés toniques, diurétiques, sudorifiques. Le médicament est vanté comme antisyphilitique, on peut lui adjoindre les iodiques. Il est aussi employé dans la blennorrhagie chronique, dans diverses affections vénériennes cutanées et rhumatismales. On emploie la feuille de caroba en infusion et l'extrait fluide américain, à la dose d'une cuillerée à café trois fois par jour.

M. BOYMOND.



VARIÉTÉS

ACCUSATION CONTRE UN MÉDECIN. — ACQUITTEMENT.— Nous lisons dans le *Progrès médical* du 26 mai :

Le Dr Montméja, chevalier de la légion d'honneur, comparaissait la semaine dernière devant la cour d'assises, sous l'accusation de viol sur une jeune fille de 19 ans, venue pour le consulter. Il avait éloigné l'amie qui accompagnait sa jeune cliente, sous prétexte qu'il avait besoin de procéder à un examen médical minutieux. Après avoir commencé par un examen pathologique, le docteur serait arrivé à des violences criminelles. La jeune fille, avant de se retirer, aurait déposé 5 francs

sur la cheminée du docteur et ne se serait plainte que le lendemain. Les débats ont eu lieu à huis-clos. Le jury ayant rapporté un verdict négatif, la cour a acquitté le Dr Montméja.

Cette affaire doit servir d'enseignement à tous les médecins et les engager à ne procéder le plus possible à l'examen des jeunes filles qu'en présence de la mère ou d'une amie. Dr H. CELLARD.

EXPLOSION PRODUITE PAR LA POUDRE DE LYCOPODE. — On sait que les poussières organiques réduites à un état de division suffisante peuvent s'enflammer dans l'air en produisant une violente explosion. Ce fait est surtout connu pour la farine de blé dans les moulins.

Voici un cas non moins étonnant qui s'est passé à Strasbourg, rapporté par le *Journal de Pharmacie d'Alsace-Lorraine.*

Un élève pharmacien était occupé à transvaser du lycopode, lorsque la poussière résultant de cette manipulation et qui s'était répandue dans l'air, s'est subitement enflammée au bec de gaz qui éclairait le magasin et a produit une légère explosion. Le jeune homme, saisi d'effroi, a laissé tomber sur le sol le vase contenant le lycopode ; un épais nuage de poussière s'est immédiatement répandu dans le local, et au même instant il s'est produit une nouvelle explosion, formidable cette fois, qui a fait voler les vitres en éclats et a lancé au dehors les volets fermés au moyen de plusieurs verrous. Le jeune homme, auteur involontaire de cet accident, en a été quitte pour quelques légères brûlures au visage. Le commencement d'incendie qui s'était produit à la suite de l'explosion a été rapidement éteint. Une foule considérable s'était amassée devant la pharmacie et ne s'est dissipée que lorsqu'on a appris que l'explosion n'avait fait aucune victime. Dr H. CELLARD.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 *juin* 1885. — Présidence de M. BERGERON.

M. POLAILLON lit 1° Un rapport sur une observation intitulée : **Plaie du coude par arrachement ; septicémie aiguë à forme gangreneuse ou grangréne foudroyante; désarticulation de l'épaule; guérison**, par M. le professeur Paquet (de Lille). Le rapporteur rappelle que MM. Chauveau et Arloing ont découvert dans la gangrène foudroyante un micro-organisme inoculable. Il exprime l'espoir de voir arrêter sur place la propagation de ce micro-organisme par l'emploi des antiseptiques en injections dans les tissus, quand on s'y prendra assez à temps. Mais il reconnaît que, dans les circonstances où se trouvait le malade de M. Paquet, l'amputation était la seule chance de salut. Ce fait prouve que la guérison est encore possible, lors même que les lambeaux renferment une zone de tissus altérés ; à la condition du moins que ces tissus soient débarrassés des gaz septiques qu'ils contiennent par une expression méthodique, et que les lambeaux soient soigneusement lavés.

Comme conclusion, M. Polaillon propose d'adresser des remerciements à M. Paquet et de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de correspondant national. (Adopté.)

2° Un rapport sur un mémoire intitulé : **Des débridements hâtifs appliqués au traitement des phlegmons de la fosse iliaque.**

M. Polaillon est d'avis que, quand il s'agit de phlegmons stercoraux consécutifs à une perforation du cœcum, il faut pratiquer le débridement dès que la perforation est faite Il faut alors agir comme M. Grellet l'indique, et même plus hâtivement qu'il ne l'a fait lui-même dans l'observation consignée dans son mémoire.

Comme conclusion, M. le rapporteur propose à l'Académie de remercier M. le docteur Grellet de son intéressante observation qui tend à résoudre un point important de la pratique chirurgicale.

Suite de la discussion sur l'érysipèle.— M. Verneuil, tant en son nom qu'au nom de M. Trélat. donne lecture des conclusions suivantes, qu'ils proposent à l'Académie :

« La discussion qui vient d'occuper longuement l'Académie a démontré que l'érysipèle est éminemment contagieux, — que l'antisepsie en a certainement diminué la fréquence et la gravité, — qu'elle ne peut toutefois empêcher ni les malades venus du dehors d'infecter les salles d'hôpital, ni les malades sortis de l'hôpital, de répandre au dehors des foyers d'épidémie.

D'où chaque année un certain nombre de décès exclusivement imputables à cette importation et cette infection réciproque et la persistance indéfinie du mal.

Pour remédier à cet état de choses, l'Académie de médecine croit indispensable d'avoir dans les hôpitaux des locaux particuliers où l'isolement des érysipélateux sera sérieusement pratiqué.

Elle demande donc formellement la création de ces locaux aux pouvoirs publics qui, dûment avertis, ne voudront pas assumer plus longtemps la responsabilité de ce qui existe aujourd'hui.

M. Olivier lit un mémoire sur **la contagion et le contage des oreillons.**

Anesthésique. — M. Lagneau raconte que M. Hauréau, membre de l'Institut, a trouvé dans un manuscrit d'Abeilard la mention de l'anesthésie chirurgicale, pratiquée de son temps. A cette occasion, il cite quelques textes de Pline, relatifs à l'anesthésie obtenue soit par le contact, soit par l'ingestion, soit par l'olfaction de substances diverses.

Il se demande comment on a pu obtenir l'insensibilité par l'olfaction de substances non volatiles, bien qu'autrement actives, telles que la mandragore, l'opium, etc.

M Maurice Perrin, dont M. Lagneau avait cité l'article Anesthésie, inséré dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, regrette qu'il n'ait pas lu aussi l'ouvrage spécial qu'il a publié sur ce sujet il y a vingt ans. Il y aurait trouvé tous les textes qu'il cite, et bien d'autres encore, entre autres un texte d'Albert le Grand donnant la formule d'une préparation qui devait dégager du chloroforme et qui servait à endormir.

M. Larrey, de son côté, regrette que M. Lagneau n'ait pas parlé des procédés traditionnellement employés dans l'Inde pour provoquer l'insensibilité : procédés certainement efficaces (comme l'ont démontré les rapports de plusieurs commissions médicales instituées par le gouvernement britannique) et qui ressemblent étonnamment aux procédés d'hypnotisme et de suggestion actuellement en vogue.

TABLE DES MATIÈRES

VOLUME VIII, 1885.

JANVIER à JUILLET 1885

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.



